

# Finansiering av fysioterapitjenesten

*En kvantitativ studie av fysioterapeuter med driftstilskudd*

Matias H. Christensen



MASTEROPPGAVE

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vårsemesteret 2015



# Finansiering av fysioterapitjenesten

*En kvantitativ studie av fysioterapeuter med driftstilskudd*

Matias H. Christensen



MASTEROPPGAVE

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vårsemesteret 2015

© Matias H. Christensen

2015

Finansiering av fysioterapitjenesten, en kvantitativ studie av fysioterapeuter med driftstilskudd

Matias H. Christensen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: CopyCat Forskningsparken, Oslo

# Sammendrag

Det er i fysioterapimiljøet en stadig pågående diskusjon om hvorvidt finansieringsmodellen for fysioterapeuter med driftstilskudd er en fornuftig ordning eller ikke. Diskusjonen spriker i nær sagt alle retninger og på ulike plan. På den ene siden omhandler synspunktene hvorvidt ordningen er urettferdig, om det er for lite krav til faglig oppdatering og lange ventelister. På den andre siden argumenteres det blant annet for at ordningen gir trygghet for pasient, terapeut og lokalsamfunn, at det er en ordning med god kostnadskontroll og høy produksjon, og at den kommer kronikere til gode.

Denne oppgaven vektlegger imidlertid ikke spørsmål knyttet til hvorvidt selve ordningen er fornuftig. Utgangspunktet for prosjektet er eventuelle effekter av en omlegging av finansieringssystemet for fysioterapeuter med driftstilskudd, gjennomført i 2009.

Finansieringsmodellen er basert på et fast tilskudd fra kommunen, i kombinasjon med et takstbasert system etter praksisomfang betalt av HELFO (7). Finansieringsmodellen ble innført i 1984, men på grunn av økte statlige utgifter til fysioterapitjenesten ble det i 2008 bestemt å endre på modellen. Endringen som ble innført i 2009 gikk ut på å øke det faste tilskuddet til fysioterapeutene, og samtidig redusere takstene. Slike endringer kan få konsekvenser for de valg fysioterapeuter gjør i praksishverdagen. Dette prosjektet søker å kartlegge takstbruken til fysioterapeuter med driftstilskudd før og etter ordningen ble endret, for å kunne peke på og drøfte mulige konsekvenser av endringen.

Denne masteroppgaven er således et forsøk på å beskrive hvordan et skifte i avlønningsordningen for fysioterapeuter med driftstilskudd kan påvirke inntekt og arbeid, og hvilken innvirkning omleggingen kan få for pasientene.

## Formål

Formålet med prosjektet var å undersøke om en endring i finansieringsmodellen for fysioterapeuter med driftstilskudd har ført til endret praksis, og hvilke endringer det eventuelt kan være snakk om.

## **Metode:**

Undersøkelsen er gjort ved hjelp av rådata hentet fra Helsedirektoratets KUHR – database for fysioterapeuter med driftstilskudd i perioden 2007-2012. Rådataene besto av opplysninger om kjønn, geografi, type praksis, takstbruk (praksisomfang) og prosentvis hjemmel. Disse er bearbeidet inn i Excel – ark, for deretter å bli analysert i SPSS. Analysen blir deretter diskutert ut fra teori på prisvridingseffekt og inntektsvirkning.

## **Resultat:**

Ut fra analyse og drøfting av data kan det bekreftes en viss endring i praksisomfang i tidsperioden 2007-2012. Dette gjelder for fysioterapeuter med driftstilskudd som er med i anvendt materiale. En økning eller nedgang i praksisomfang er derimot avhengig av hvilke år som sammenlignes. Resultatene antyder videre et skifte av praksisomfang i retning av flere gruppebehandlinger og færre enkeltkonsultasjoner.

## **Konklusjon:**

Selv om det foreligger visse endringer i praksisomfanget blant fysioterapeuter med driftstilskudd, er det ikke uten videre noen sikker sammenheng mellom resultatene i studien og den endrete finansieringsmodellen for fysioterapeuter. Til det er det for mange begrensinger i datamaterialet. Det kan heller ikke utelukkes andre faktorer som kan ha innvirkning på praksisomfanget i tidsperioden 2007-2012. Et klarere svar på problemstillingen og hypotesene i denne masteroppgaven er avhengig av et større og mer nyansert datamaterialet. En eventuell senere analyse av de samlede effektene av finansieringstiltaket bør derfor stille strengere krav til datamaterialet. En slik analyse bør vurdere å benytte tidsbruk, inntjening per takst og inntekt fra tilskuddet, i tillegg til takstbruk, som variabler. Dette ville gitt et bedre bilde av faktisk praksisomfang, og muligheter for å sammenligne omfanget med den reelle inntekten til fysioterapeutene.



## Forord og bakgrunn for oppgaven

Arbeidet med dette prosjektet har vært frustrerende, tidkrevende, interessant og givende. Jeg er selv fysioterapeut med driftstilskudd, og har fra 2008/2009 vært vitne til en omlegging av avlønningsordningen til fysioterapeuter med driftsavtale. Jeg er dermed direkte påvirket av endringen. Nysgjerrigheten på eventuelle generelle konsekvenser av omleggingen ble dermed vakt. Så vidt meg bekjent har det ikke blitt gjennomført en konsekvensanalyse i etterkant av omleggingen.

Etter samtaler med Norsk Fysioterapiforbund har jeg fått signaler om at det kan bli aktuelt å vurdere dagens finansieringsmodell ytterligere. Spesielt aktuelt blir det når jeg leser Sundvolden – plattformen (26), en plattform utarbeidet av regjeringen i 2014. Her formuleres det blant annet et ønske om å etablere en ny finansieringsmodell for fysioterapeuter. Før regjeringen eventuelt etablerer enda en ny finansieringsmodell for fysioterapeuter, mener jeg at det bør ses nærmere på hvilke konsekvenser den nye avlønningsordningen av 2009 kan ha hatt. På den måten kan det tas nye avgjørelser ut fra et best mulig informert grunnlag. Dette prosjektet er uttrykk for et ønske om å yte et beskjedent bidrag i så måte.

Jeg vil først og fremst takke min særdeles tålmodige og dyktige veileder, Tor Iversen, ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitet i Oslo. Hans bidrag og tanker rundt prosjektets emne og forskningsprosessen har vært til uvurderlig hjelp. En takk også til studiekonsulent Deborah Ann Arnfinsen, som har bidratt til ”øyeblikkelig hjelp” vedrørende alt det praktiske ved oppgaven. Vegard Håvik i Helsedirektoratet fortjener, sammen med min gode venn Anders ”Excel”, en spesiell takk for all hjelp med å bearbeide datamaterialet. Til sist en stor takk til Marianne, som har gitt meg muligheten til å ferdigstille dette prosjektet.





## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning og problemstilling .....</b>	<b>1</b>
1.1	Oppgavens oppbygging .....	2
<b>2</b>	<b>Fysioterapeuters avlønningsordning .....</b>	<b>3</b>
2.1	Fysioterapeuter med driftstilskudd.....	3
2.2	Takster .....	4
2.3	Finansieringsordningen .....	5
2.4	Endring i finansieringsordningen: .....	7
<b>3</b>	<b>Teori .....</b>	<b>9</b>
3.1	Prisvridningseffekt og inntekstvirkning:.....	9
3.2	Finansieringsmodell for fastleger.....	12
3.3	Hypoteser.....	13
<b>4</b>	<b>METODE .....</b>	<b>15</b>
4.1	Datasamling og metode.....	15
4.2	Valg av metode .....	15
4.3	Kvantitativ metode.....	15
4.4	Etiske overveielser og godkjenninger.....	16
4.5	Innhenting av data .....	16
4.5.1	Utvalg .....	17
4.6	Analyse av data .....	17
4.6.1	Mann – Whitney U test .....	19
4.6.2	Avhengig variabel .....	19
4.6.3	Uavhengige variabler.....	20
4.7	Forforståelse .....	20
4.7.1	Begrensninger på datasett .....	20
4.7.2	Bruk av takster fra takstplakaten som analyseverktøy.....	21
4.7.3	Reliabilitet og validitet.....	22
<b>5</b>	<b>RESULTATER .....</b>	<b>24</b>
5.1	Alle registrerte fysioterapeuter (n=1943).....	25
5.2	Fysioterapeuter med lavt driftstilskudd, 10-50%.....	29
5.3	Fysioterapeuter med høyt driftstilskudd.....	32
5.4	Forskjeller mellom fysioterapeuter med høyt og lavt tilskudd etter endringen av avlønningsordningen .....	34
5.5	Kjønnsforskjeller .....	37
5.6	Endringer i tidstakster .....	38
5.7	Oppsummering resultater .....	38
<b>6</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>40</b>
6.1	Hypotese 1, reduksjon i omfang .....	41
6.2	Hypotese 2 og 3, endringer i omfang og forskjeller mellom høyt og lavt tilskudd .....	42
6.3	Mulige forklaringer på observert endring i konsultasjoner og takster .....	42
6.4	Kostnadsutvikling .....	43

6.5	Kjønnsforskjeller .....	44
6.6	Oppsummering.....	44
7	Helsepolitiske utfordringer .....	46
7.1	Nasjonalt elektronisk register for fysioterapeuter .....	46
7.2	Hvilken finansieringsordning bør så velges?: .....	47
8	Konklusjon.....	49
	Litteraturliste.....	51
	Vedlegg .....	54

Figur 1, Takstplakat .....	4
Figur 2, Backward - bending supply curve for labour .....	11
Figur 4, Antall konsultasjoner (undersøkelse og behandling) for fysioterapeuter, psykomotorikere og manuellterapeuter. Takst: A1a, A1d, A2a, A2b, A2c, A2d, A2f, A8a, A9 .....	26
Figur 5: Antall konsultasjoner og antall gruppetakster i kombinasjon. Takst: A1a, A1d, A2a, A2b, A2c, A2d, A2f, A8a, A9, C30a, C30b, C30c, C30d, C32, C33, C31a, C31b, C31c, C31d .....	27
Figur 6, Oversikt over bruk av tilleggstakster til venstre og gruppetakst til høyre .....	28
Figur 7, Totalt antall takster fordelt på fysioterapeuter med registrert lavt tilskudd .....	29
Figur 8, Antall konsultasjoner fordelt på fysioterapeuter med registrert lavt tilskudd. Takst: A1a, A1d, A2a, A2b, A2c, A2d, A2f, A8a, A9 .....	29
Figur 9: Antall konsultasjoner og antall gruppetakster i kombinasjon for fysioterapeuter med lavt tilskudd. Takst: A1a, A1d, A2a, A2b, A2c, A2d, A2f, A8a, A9, C30a, C30b, C30c, C30d, C32, C33, C31a, C31b, C31c, C31d .....	30
Figur 10, Oversikt over bruk av tilleggstakster (til venstre) og gruppetakst (til høyre) for fysioterapeuter med lavt driftstilskudd .....	31
Figur 11, Alle takster fordelt på registrert høyt driftstilskudd .....	32
Figur 12, Konsultasjoner fordelt på fysioterapeuter med registrert høyt driftstilskudd .....	32
Figur 13: Antall konsultasjoner og antall gruppetakster i kombinasjon for fysioterapeuter med høyt tilskudd. Takst: A1a, A1d, A2a, A2b, A2c, A2d, A2f, A8a, A9, C30a, C30b, C30c, C30d, C32, C33, C31a, C31b, C31c, C31d .....	33
Figur 14, Oversikt over bruk av tilleggstakster (til venstre) og gruppetakst (til høyre) for fysioterapeuter med registrert høyt driftstilskudd.....	34
Figur 15, Spredningsanalyse over antall enkeltkonsultasjoner per år for de med lavt driftstilskudd .....	35
Figur 16, Spredningsanalyse over antall enkeltkonsultasjoner per år for de med høyt driftstilskudd .....	35
Figur 17, Oversikt over innsendte regninger fordelt på menn og kvinner .....	37







# 1 Innledning og problemstilling

I dag yter fysioterapeuter tjenester i kommunen som fastlønnede fysioterapeuter, som selvstendig næringsdrivende med avtale om driftstilskudd, samt som selvstendig næringsdrivende uten avtale. Jeg skal i min studie konsentrere meg om fysioterapeuter med driftstilskudd. Fysioterapeuter med driftstilskudd har en avlønningsordning som er tredelt, der de mottar inntekt gjennom et kommunalt driftstilskudd, fra takstinntekter (HELFO) og gjennom egenandel fra pasienter. Denne avlønningsordningen fordrer at fysioterapeuten har en driftsavtale med kommunen (6).

Temaet jeg vil ta opp i denne masteroppgaven er finansiering av fysioterapeuter med driftstilskudd. Som en følge av flere faktorer ble det gjennomført et skifte i avlønningsordningen fra og med 01.juli 2009, der en større andel av inntjeningen skulle komme som et driftstilskudd og en mindre andel skulle komme som takstinntekter (23). Med andre ord ble det et skifte i avlønningsordningen, med større vekt på driftstilskudd enn tidligere. Utgangspunktet var blant annet et ønske om å kontrollere/forutbestemme utgiftene til fysioterapeuter. Staten har ved flere anledninger presset på for å endre dagens finansieringsordning i retning av redusert statlig og økt kommunalt finansieringsansvar (22). Norsk fysioterapiforbund har på sin side kjempet mot dette. I løpet av masteroppgaven søker jeg å drøfte mulige utfall av hva en endring i finansieringsordningen for fysioterapeuter med driftstilskudd fører med seg.

Problemstillingen i min masteroppgave er derfor som følger:

*”Hvilke endringer (om noen) har omleggingen av avlønningsordningen for fysioterapeuter med driftstilskudd ført til?”*

Med endringer mener jeg primært endring i omfang (har det ført til flere eller færre konsultasjoner?), og innhold (endringer i takstbruk?).

Det er ikke mitt formål med masteroppgaven å se på eventuelle endringer i kvalitet eller prioriteringer innen fysioterapitjenesten.

## 1.1 Oppgavens oppbygging

Oppgaven starter med å beskrive fysioterapeuter med driftstilskudd og hvilke refusjonsbaserte takster som er gjeldende. Videre presenteres finansieringsordningen fra 1984 til i dag i kapittel 2, sammen med aktuelle endringer av ordningen og mulige konsekvenser.

Teorikapittelet omhandler primært prisvridningseffekten og inntekstvirkingen med mål om å utdype mulige årsakssammenhenger mellom en endret finansieringsmodell og praksisomfang. I tillegg beskrives en sammenligning av finansieringen av fastleger og fysioterapeuter. Av kapittel 2 og 3 utleder jeg 3 hypoteser/forskningsspørsmål i kapittel 3.3.

I løpet av metodekapittelet presenteres valg av metode og innsamling av data. Det redegjøres for utvalgskriterier og hvilke variabler som er benyttet, før analysen blir beskrevet. Kapittelet avsluttes med å beskrive begrensinger ved datasettet. Resultatene blir lagt frem i form av grafer og statistisk utprøving ved hjelp av analyser i SPSS, før jeg diskuterer funnene i lys av aktuell teori.

Kapittel 7 viser litt ut over studiens behandling av problemstilling. Her beskrives ulike utfordringer som har oppstått under arbeidet med oppgaven. I tillegg reflekteres det rundt hvilke parametere som bør innlemmes og diskuteres ved innføring av en finansieringsordning. Til sist kommer en forsøksvis konklusjon basert på det tallmaterialet jeg har hatt tilgjengelig.



## 2 Fysioterapeuters avlønningsordning

I dette kapitlet beskrives hva et driftstilskudd innebærer, før jeg presenterer takstene og takstoppgjør i perioden 2007-2008. Utviklingen av finansieringsordningen, og bakgrunnen for en endret finansieringsordning redegjøres for til slutt.

### 2.1 Fysioterapeuter med driftstilskudd

Av 4288 årsverk fysioterapi i kommunen i 2010, var det 2625 årsverk fysioterapi med driftstilskudd (21). Denne oppgaven omhandler ikke fysioterapeuter med fastlønn, fysioterapeuter i helprivat praksis eller turnuskandidater.

Et driftstilskudd medfører at så fremt en fysioterapeut har avtale med kommunen om driftstilskudd, dekker HELFO utgifter til behandling hos fysioterapeut, jfr. paragraf 1 *forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter* (27). Det er et vilkår at pasienten er henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Driftstilskuddet justeres en gang i året i forbindelse med drifts- og takstforhandlingene som Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) og staten fører. Nytt justert driftstilskudd gjelder fra 1. juli hvert år. Et fullt driftstilskudd innebærer et arbeidsomfang på 36 timer per uke (11).

Det foreligger ingen god oversikt over gjennomsnittlig venteliste hos fysioterapeutene i Norge. Erfaringsmessig ligger de på mellom 20 og 100 pasienter med en ventetid som ofte kan overstige 3 måneder, avhengig av diagnose. I følge SSB, har fysioterapiårsverk for fysioterapeuter med driftsavtale i kommunehelsetjenesten ikke endret seg nevneverdig i tidsperioden 2008-2012 (2587,5 årsverk i 2008 mot 2633 årsverk i 2012, se vedlegg 9). Med andre ord har det ikke skjedd noen drastiske endringer på tilbudssiden.

## 2.2 Takster

Alle fysioterapeuter med driftstilskudd er pålagt å følge en takstplakat (se figur 1.). Inntekten fra trygden (HELFO) baseres på takstplakaten, og er avhengig av hvor mange konsultasjoner fysioterapeuten har og hvilke takster som benyttes. Det finnes opptil 40 forskjellige takster, fordelt på tidstakster, gruppetakster, takst for hjemmebehandling, møter og andre tilleggstakster. I tillegg kan fysioterapeuter med videreutdanning benytte seg av spesialtakster.

Figur 1, Takstplakat

TAKSTER FOR FYSIOTERAPI FRA 1. JULI 2013				
For fysioterapeuter som har avtale om driftstilskudd med kommunen				
		Honorartakst	Refusjonstakst	Pasientens egenandel
<b>A1a</b>	Undersøkelse, inntil 30 min.	242,-	90,-	152,-
<b>A1c</b>	Undersøkelse, ut over 30 min.	86,-	86,-	0,-
<b>A1d</b>	Undersøkelse ved spesialist, inntil 30 min.	325,-	173,-	152,-
<b>A1f</b>	Undersøkelse ved spesialist, ut over 30 min.	117,-	117,-	0,-
<b>A1g</b>	Tillegg ved undersøkelse individuell plan/tverrfaglig utredning	30,-	30,-	0,-
<b>A1h</b>	Tillegg for undersøkelse hos manuellterapeut	60,-	60,-	0,-
<b>A2a</b>	Øvelsesbehandling, bløtvevsbehandling og massasje i 20 min.	105,-	28,-	77,-
<b>A2b</b>	Øvelsesbehandling, bløtvevsbehandling og massasje i 30 min.	159,-	38,-	121,-
<b>A2c</b>	Øvelsesbehandling, bløtvevsbehandling og massasje i 40 min.	212,-	58,-	154,-
<b>A2e</b>	Øvelsesbehandling, bløtvevsbehandling og massasje i 60 min.	364,-	157,-	207,-
<b>A2f</b>	Øvelsesbehandling, bløtvevsbehandling og massasje i 90 min.	547,-	277,-	270,-
<b>A2g</b>	Tillegg for bruk av spesialkonstruert utstyr for medisinsk trenings- eller slyngeterapi	10,-	10,-	0,-
<b>A2k</b>	Kompetansetillegg, spesialist	36,-	36,-	0,-
<b>A7</b>	Traksjonsbehandling i benk eller slynge for rygg eller nakke	54,-	3,-	51,-
<b>A8a</b>	Manuell terapi	224,-	81,-	143,-
<b>A8b</b>	Tillegg for manuellterapi ut over 20 min.	94,-	41,-	53,-
<b>A9</b>	Psykomotorisk fysioterapi, inntil 60 min	475,-	270,-	205,-
<b>A10</b>	Veiledet trening, minst 30 min	30,-	30,-	0,-
<b>A11</b>	Elektroterapi, ultralyd, pulsator, kortbølge, mikrobølge eller laser	54,-	3,-	51,-
<b>B20</b>	Medisinske bad	45,-	0,-	45,-
<b>B21</b>	Varme-/kuldepakninger	10,-	0,-	10,-
<b>B22</b>	Aktiv oppvarming	19,-	0,-	19,-
<b>C30a</b>	Gruppebehandling i 60 min (1-5 personer)	115,-	28,-	87,-
<b>C30b</b>	Gruppebehandling i 60 min (6-10 personer)	97,-	10,-	87,-
<b>C30c</b>	Gruppebehandling i 90 min (1-5 personer)	162,-	37,-	125,-
<b>C30d</b>	Gruppebehandling i 90 min (6-10 personer)	132,-	7,-	125,-
<b>C31a</b>	Gruppebehandling i basseng i 30 min (1-5 personer)	63,-	9,-	54,-
<b>C31b</b>	Gruppebehandling i basseng i 30 min (6-10 personer)	54,-	0,-	54,-
<b>C31c</b>	Gruppebehandling i basseng i 60 min (1-5 personer)	138,-	35,-	103,-
<b>C31d</b>	Gruppebehandling i basseng i 60 min (6-10 personer)	120,-	17,-	103,-
<b>C32</b>	Medisinsk treningsterapi i gruppe inntil 5 personer i minst 60 min.	109,-	23,-	86,-
<b>C33</b>	Øvelsesbehandling i grupper med inntil 4 barn under 12 år, i 60 min.	220,-	220,-	0,-
<b>D40</b>	Tillegg undersøkelse /behandling for pasient over 70 år/rullestolbruker	15,-	15,-	0,-
<b>E50a</b>	Møtegodtgjørelse med reisetid inntil 30 min.	231,-	231,-	0,-
<b>E50b</b>	Møtegodtgjørelse med reisetid ut over 30 min.	231,-	231,-	0,-
<b>E51</b>	Telefonsamtale/skriftlig kommunikasjon	56,-	56,-	0,-
<b>E52</b>	Nødvendig samtale med pårørende/ foresatte	105,-	105,-	0,-
<b>F1</b>	Tillegg ved behandling i pasientens hjem	81,-	81,-	0,-
<b>F21</b>	Hjemmebehandling; reise per km med bil, motorsykkel eller tog	7,-	7,-	0,-
<b>F22</b>	Reise med annet transportmiddel, hver påbegynte halvtime	57,-	57,-	0,-
<b>F23</b>	Hjemmebehandling; fast skystillegg	56,-	56,-	0,-

**«Takstplakaten» er et forenklet utdrag fra «Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi» og MÅ brukes sammen med denne.**

Du finner dokumentene på [www.fysio.no](http://www.fysio.no) under «Privat praksis».

Av plakaten kommer det frem at det finnes tidstakster for undersøkelse (A1a-A1f) og behandling (A2a-A2f og A9), samt ulike tilleggstakster (A2g, A7, A10, A11, B20, B21, B22) fysioterapeuten kan kombinere med tidstakstene. Takstene er gjenstand for forhandlinger årlig, og blir av Helse- og omsorgsdepartementet fastsatt hvert år 01.07 i det som kalles takstoppgjør.

Takstoppgjørene fra 2007 til og med 2011 hadde følgende resultat (23):

**2007:** Tilskuddet økte med 1,8 % til 231 600 kr. og honorartakstene økte med 1,8 prosent

**2008:** Takster og driftstilskudd økte med 8,1 %, tilskuddet ble satt til 250 500 (Her lyktes det NFF å utsette statens krav om å øke tilskuddet vesentlig mer enn takstene, men staten sa på dette tidspunkt at de ville komme tilbake til dette ved neste års forhandling)

**2009:** Tilskuddet økte til 292 800 kr, mens takstene ble redusert med 5 %.

**2010:** 25 % av omleggingen som ble vedtatt av Stortinget skulle gjennomføres dette året. Dette utgjorde 5 % fradrag på takstene og et større tillegg på driftstilskuddet. Som en følge av inntektsutviklingen for sammenlignbare grupper og kostnadsutviklingen fra året før, førte forhandlinger frem et tillegg på 5,7 % fordelt på driftstilskudd og takster. Dermed ble det i praksis ingen endring på takstene, mens driftstilskuddet økte, til 353 800 kr.

**2011:** Det ble ingen omlegging av finansieringsordningen fra takster til driftstilskudd.

Takstene forble uendret sett bort fra et lite påslag på tidstakstene. Driftstilskuddet ble satt til 356 820 kr.

## 2.3 Finansieringsordningen

Ved innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984 ble det etablert et tredelt finansieringssystem for fysioterapeuter med avtalehjemmel. Fysioterapeutens inntekt var den gang forutsatt å skulle bestå av: 40 % driftstilskudd fra kommunen 40 % egenandel fra pasienten og 20 % refusjon fra trygden / staten (6). Driftstilskuddet kommer som et fast kronebeløp i måneden, og utbetales direkte av kommunen.

Dersom pasienten har en diagnose som tilsier full dekningsgrad, har pasienten krav på gratis fysioterapi. I slike tilfeller dekker HELFO hele takstbeløpet. Alternativt må pasienten betale

egenandel av taksten, der diagnosen tilsier det (11). I det siste tilfellet vil altså en del av taksten bli betalt av pasienten og en del av HELFO.

Selve inntektsfordelingen er avhengig av hvor stor driftshjemmel en fysioterapeut har. Dersom fysioterapeuten har 100 % avtale med kommunen mottar fysioterapeuten per 01.07.2011 kr. 356 820 kr i året, eller 29 735 kr. i måneden (23). En mindre hjemmel vil redusere den faste inntekten fra kommunen tilsvarende den reduserte prosentbrøken. En fysioterapeut kan imidlertid jobbe utover sin fastsatte hjemmel. Det vil si at en fysioterapeut med 40 % driftstilskudd kan jobbe 100 % , og motta takstrefusjon og egenbetaling fra pasienten for alle timene fysioterapeuten jobber.

Det har historisk sett vært vanlig praksis i kommunene å ”splitte” opp et fullt driftstilskudd, slik at for eksempel 5 fysioterapeuter kan jobbe i et 100 % driftstilskudd (6). På den måten har kommunen fått 5 fysioterapeuter til prisen av en. HELFO blir da utgiftsført med tilnærmet det femdobbelte, dersom hver av disse fysioterapeutene jobber 100 %. Denne ordningen har vært svært fordelaktig for kommunene, noe som blir gjenspeilet i 1300 årsverk mer fysioterapi i kommunehelsetjenesten enn det kommunene hadde avtale for (12). I tillegg har det vært en gradvis utvikling de siste årene ved at en stadig større del av pasientene som behandles hos fysioterapeuter, har en diagnose som gir rett til gratis behandling (12). Disse to forholdene (splitting og økende grad av fullrefusjonspasienter), har ført til at staten finansierer inntil 75 % av fysioterapeutenes inntekt med deltidshjemler (6). Statsbudsjett av 2001 og 2008 (8, s. 163) la også frem tall som viser at folketrygdens utgifter til fysioterapi økte fra 846 mill. kroner i 2001 til 1515 mill. kroner i 2007.

Økte utgifter til fysioterapi var bakgrunnen for at det ble satt ned en arbeidsgruppe i 2007 som skulle utrede endringer i finansieringen av fysioterapitjenesten, med det formål å overføre en del av statens andel av finansieringen til kommunene. Rapporten ”*Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene*” (6), ble utarbeidet av arbeidsgruppen.

## 2.4 Endring i finansieringsordningen:

Regjeringen varslet i 2008 i revidert nasjonalbudsjett (20) at den ville øke kommunenes finansieringsansvar for fysioterapitjenesten med oppstart 01.juli 2009. Tanken var å tilbakeføre fordelingen av fysioterapeutens inntekt slik forholdet var i 1984, og som var hele forutsetningen for ordningen. I denne sammenheng ble det i 2008 gjennomført en *kartlegging av privatpraktisende fysioterapeuters utgifter og inntekter* av SSB. Kartleggingen av SSB samt nevnte rapport om *Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene* fra 2007 (6), skulle styrke det politiske beslutningsgrunnlaget. En konsekvensanalyse av hvilke utfall en slik endring i finansieringen ville få, ble derimot aldri utført.

Det var i rapporten "Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene" lagt frem forslag om 5 ulike finansieringsordninger, hvorav alternativ 1 ble valgt. Dette alternativet innebar å videreføre den samme finansieringsordningen, men innenfor en provenynøytral ramme øke driftstilskuddsandelen samtidig som taksandelen reduseres.

Flytting av midler fra folketrygden til kommunene ble 01.juli 2009 satt til 25 %. I praksis betydde dette at driftstilskuddet økte med 42 300 kr, mens takstene ble redusert med ca. 5 % (12). Fram til 2012 har det vært en gradvis fasing av finansieringssystemet, der driftstilskuddet har økt mens takstene enten har blitt redusert eller fått et minimalt påslag (23). Fordelingen tilsvarer per i dag ennå ikke fordelingen anno 1984. Mye av årsaken til at den gradvis fasingen ikke har blitt gjennomført som planlagt, har vært en massiv protestreaksjon fra Norsk Fysioterapi Forbund og dens medlemmer. Når det er sagt har driftstilskuddet fra kommunen mellom 2008 og 2011 økt med 106 320 kr, mens takstene har vært gjenstand for en reduksjon på ca. 5 % i 2009 og 2010. I 2011 var det minimale endringer.

Norsk Fysioterapi Forbund har siden 2008 argumentert mot å øke kommunens finansieringsansvar. Det er spesielt to forhold som gjør forbundet skeptiske.

- For det første vil fysioterapeutene som kun har deltidshjemler gå ned i lønn (forutsett at denne fysioterapeuten jobber mer enn hjemmelens avtale). Siden økningen i driftstilskuddet skal gjenspeile reduksjonen i takstene, vil en fysioterapeut med eksempelvis 20 % driftstilskudd kun motta 20 % av den reelle lønnsveksten tilhørende fastlønnen fra kommunen. Dersom denne fysioterapeuten jobber 100%, vil reduksjonen i takstene dermed utgjøre mer enn kompensasjonen fra økningen i

driftstilskuddet. Den negative lønnsforskjellen blir større, jo flere pasienter fysioterapeuten har hatt for vane å behandle.

- For det andre kan en dreining mot større driftstilskudd og mindre takster føre til at hver enkelt fysioterapeut anstrenger seg mindre for å behandle flere. Dette på grunn av at flere behandlede pasienter gir mindre lønnsvekst (19) i forhold til ordningen før 2009. Jeg kommer tilbake til dette argumentet i neste kapittel.

## 3 Teori

I teoridelen beskrives hvordan den nye finansieringsordningen kan påvirke fysioterapeuters praksisomfang, her med utgangspunkt i prisvridningseffekt og inntekstvirkning. Det er satt av et kapittel til fastlegers inntektsmodell, til sammenligning med fysioterapeuters avlønningsordning. Ut av kapittel 2 og teorikapittelet utredes det 3 hypoteser.

### 3.1 Prisvridningseffekt og inntekstvirkning:

Uavhengig av hvilken avtale fysioterapeuten har med kommunen, vil en ordning som i større grad baserer seg på driftstilskudd kontra ytelsesbaserte takster muligens føre til færre pasientkonsultasjoner per fysioterapeut (2, s.82). Her kommer vi også inn på kjernen i den andre bekymringen til Norsk Fysioterapi Forbund (NFF). Dersom driftstilskuddet blir større og den ytelsesbaserte inntekten blir mindre, mener NFF at insentivene til å behandle flere eller like mange pasienter reduseres. Dersom fysioterapeutene med driftstilskudd følger den såkalte substitusjonsvirkningen/prisvridningseffekten omtalt i Jan Abel Olsens ”Helseøkonomi, effektivitet og rettferdighet;2006” (1, s.85), tyder det på at NFF kan ha rett. Olsen skriver her at dersom lønnen stiger, blir det dyrere å velge fritid i stedet for å jobbe. Jo dyrere fritid, jo mindre etterspørsel etter den. Dersom dette overføres til mitt tema vil fritiden faktisk bli billigere for fysioterapeuter, da den ytelsesbaserte inntekten går ned og driftstilskuddet opp. I og med at honoraret per behandling reduseres, kan det trekke i retning av at antall konsultasjoner en gjennomsnittlig fysioterapeut har i året reduseres. En slik situasjon vil føre til at pasientene går tapende ut, da ventelistene nødvendigvis blir lenger. Videre kan endringen i finansieringen føre til at fysioterapeuter med redusert avtalehjemmel sier opp hjemmelen sin, eller redusere arbeidstiden slik at den samsvarer med aktuelle hjemmel. Dette på grunn av at hovedinntektsgrunnlaget for fysioterapeuter med redusert avtalehjemmel, de ytelsesbaserte takstene, reduseres. Igjen kan dette føre til færre pasientkonsultasjoner og lengre ventelister, dersom ikke kommunene gjør tiltak for å oppjustere de avtalehjemlene som er reduserte.

I denne sammenheng kan det nevnes at det ikke eksisterer et nasjonalt kontrollorgan som påser at fysioterapeutene skal jobbe den tilmålte mengden de har avtale om. I praksis kan derfor en fysioterapeut med 100 % avtale velge å redusere antall pasientbehandlinger, men allikevel motta driftstilskuddet som i 2011 var på 356 820 kr. I lengden vil dette muligens

være vanskelig å gjennomføre, da kommunen sannsynligvis vil oppdage og slå ned på en slik praksis.

På den andre siden beskriver Abel Olsen (1, s. 85) en motsatt virkning av substitusjonsvirkningen/prisvridningseffekten, nemlig inntekstvirkningen. Den antyder at jo høyere inntekt, desto mer vil vi etterspørre ulike normale goder som for eksempel fritid, nettopp fordi vi har råd til å ta oss fri. Med andre ord vil en med høy inntekt etterspørre mer fritid enn en med lav inntekt, noe som betyr at den med høyere lønn vil jobbe mindre. Dersom jeg skal trekke paralleller til mitt tema der de ytelsesbaserte takstene går ned, vil en inntekstvirkning kunne føre til at fysioterapeutene vil jobbe mer. Det er i denne sammenheng viktig å huske på at inntektsgrunnlaget for fysioterapeuter ikke kun er avhengig av takstene, men også av driftstilskuddet/fastlønnen. Det vil derfor være den samlede inntekten som gjør seg gjeldende når jeg trekker inn teorien rundt inntekstvirkning.

Det er vanskelig å spå hvilke av de to motkreftene som har størst innvirkning på fysioterapeuter, spesielt siden vi snakker om to grupper:

- De med fullt eller tilnærmet fullt driftstilskudd, som mer eller mindre har den samme inntekten som tidligere, men opplever en skyvning mot mer driftstilskudd.
  - De med redusert driftstilskudd, som i hovedsak opplever en minimal inntektsøkning i den faste delen og en kraftigere reduksjon i forhold til de ytelsesbaserte takstene.
- Samlet sett blir dette en nettosum som sannsynligvis er lavere enn før den nye inntektsmodellen i 2009 trådte i kraft.

Vi ser altså at rammebetingelsene for fysioterapeuter med driftstilskudd er vidt forskjellig avhengig av hvor stor hjemmel fysioterapeuten har.

I tilfellet der fysioterapeutene har fullt driftstilskudd kan en tenke seg at reduserte takster fører til billigere fritid og redusert praksisomfang hvis en legger til grunn prisvridningseffekten. Inntektsvirkningen vil sannsynligvis ikke ha innvirkning på fysioterapeuter med fullt driftstilskudd, da den samlede inntekten ikke endres.

Følger vi den samme teorien med tanke på fysioterapeutene med redusert driftstilskudd, vil også denne gruppen bli påvirket av prisvridningseffekten da fritiden blir billigere. Spørsmålet her er om fritiden (les: inntektstapet) blir så billig at fysioterapeuten blir nødt til å legge ned praksisen eller redusere antall timer samsvarende sin prosentvise hjemmel. Inntektsvirkningen for fysioterapeuter med redusert driftsavtale vil i forhold til fysioterapeuter med fullt

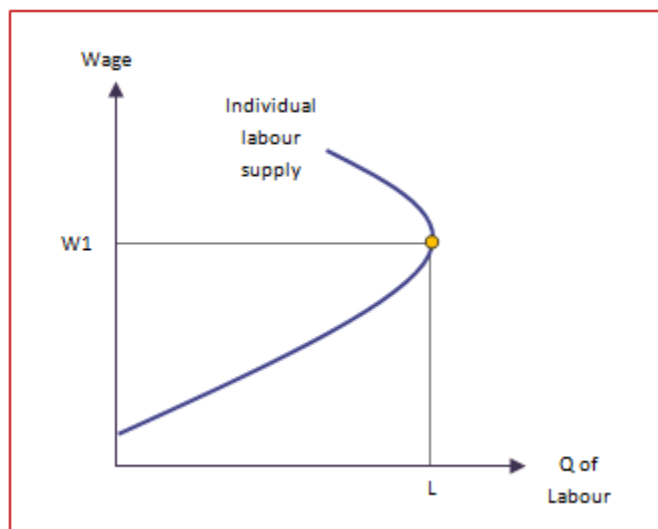


driftstilskudd ha større påvirkningskraft, i og med at samlet inntekt reduseres. For å opprettholde samme inntekt som tidligere, vil derfor fysioterapeuter med redusert avtale bli nødt til å jobbe mer. For fysioterapeuter med redusert driftstilskudd kan dermed prisvridningseffekten og inntekstvirkningen trekke i ulike retninger. Hvilken krefter som har størst påvirkning er det ut fra rådende teori vanskelig å konkludere med. Oppgaven går nærmere inn på denne problemstillingen i kapittel 3.3 *Hypoteser* samt resultatkapittelet og diskusjonen.

Generelt har studier på dette feltet gitt ulike resultater avhengig av lønn, kjønn og yrke (1, s. 84).

I "Principles in Health Economics and Policy" (2, s.147) beskriver Abel Olsen også en kurve (figur 2) som antyder at en økning i lønn fører til en økning i antall arbeidstimer forutsett at lønnen fra før var lav. Dersom lønnen overstiger et vist punkt ( $W_1$ ), øker imidlertid ønsket om mer fritid. I figuren illustrerer "*Q of Labour*" arbeidsmengden.

Figur 2, Backward - bending supply curve for labour



Spørsmålet blir dermed hvor på kurven fysioterapeuten var i 2008 sammenlignet med 2012.

Jeg vil i oppgaven differensiere fysioterapeutene i to grupper for å undersøke dette temaet nærmere. Fysioterapeuter med over 50 % driftstilskudd vil bli kategorisert som å ha fullt eller tilnærmet fullt driftstilskudd, mens fysioterapeuter som har til og med 50 % tilskudd blir kategorisert som å ha redusert tilskudd. Inndelingen blir i oppgaven presentert som henholdsvis høyt og lavt driftstilskudd. Selve inndelingen blir problematisert under 4.6 *Analyse av data*.

Jeg forutsetter i dette kapitlet at arbeid er et ”onde”, som kun har til hensikt å være en inntektskilde. Jeg har også lagt til grunn at alle andre elementer som kan ha en påvirkningskraft på antall timer i arbeid er konstante. Dermed er det kun inntekt og fritid som gjenstår som relevante faktorer. Det er likevel viktig å huske på at det er andre ting enn arbeid og fritid som påvirker fysioterapeutens (og andre yrkesgrupper) vilje til å jobbe. For eksempel trivsel, miljø og evne.

### **3.2 Finansieringsmodell for fastleger**

Jeg har gjort forskjellige søk i ulike søkedatabaser som Cochrane, PubMed og Medline, men ikke funnet artikler som omhandler finansiering av fysioterapeuter. Det finnes derimot noe publisert materialet på ulike betalingssystemer innen allmennlegetjenesten. Finansieringen av fysioterapeuter med driftstilskudd og fastlegene er ikke helt ulik. Det kan derfor være interessant å se hva finansieringsmodellen for fastleger har å si på omfang og innhold av tjenesten. Fastlegeordningen ble innført 1.juni 2001, og den kommunale legetjenesten organiseres som et kontraktsforhold mellom kommune og leger som selvstendig næringsdrivende (9) på samme måte som fysioterapeuter med driftstilskudd.

Legenes virksomhet finansieres, som for fysioterapeuter, også via tre kilder. Betaling per konsultasjon etter et takstsystem og egenandeler fra pasienten er tilnærmet lik for begge gruppene. Basisgodtgjørelsen fastlegene får er derimot ikke et fast tilskudd i året, men basert på hvor mange pasienter de har på sine lister (14). Antall pasienter på listen, eller per capita – satsen, kommer som et fast tilskudd i året og er ikke avhengig av aktivitet. Kombinasjonen av driftstilskudd og aktivitetsbasert finansiering kan, i følge Godager m.fl. (14), føre til noe usikkerhet knyttet til myndighetens totale utgifter. Men dette kommer an på den prosentvise fordelingen av fastlønn versus aktivitetsbasert avlønning. Avlønningsformen oppmuntrer til stor aktivitet i forhold til fastlønn eller kun per capita, men det er noe usikkerhet i forhold til legens egne kostnader. Det er naturlig å trekke de samme konklusjonene for fysioterapeuter med driftstilskudd.

Gosden m.fl. (16) publiserte i 2011 et review som antyder høyere kvantitet ved systemer primært basert på aktivitet enn fastlønn for fastleger. En liknende konklusjon ble fremholdt av Flodgren m.fl. i 2011 (17). Flodgren antyder likevel at ved såkalte blandingssystemer var det også blandete resultater i forhold til effektivitet.

Betalingssystemene for fysioterapeuter og fastleger er begge blandet, noe som skal oppmuntre til aktivitet og motivere til begrenset ressursbruk (15). Per capita delen var i 2001 ment å utgjøre ca. 30 % av fastlegenes driftsinntekter, mens den aktivitetsbaserte komponenten skulle utgjøre ca. 70 %. Dette kan i følge Godager m.fl. (14) tolkes som et ønske om å stimulere til høyt tjenestenivå.

Som tidligere nevnt var det meningen at driftstilskuddet skulle utgjøre 40 % og den aktivitetsbaserte inntekten 60 % (40% egenandel og 20 % refusjon) for fysioterapeuter med tilskudd da finansieringssystemet ble opprettet i 1984. Hele poenget med omleggingen i 2009 var å tilbakeføre fordelingen av fysioterapeutens inntekt fra 75 % aktivitetsbasert inntekt, til slik forholdet var 1984. Tilbakeføringen kan derfor tolkes som et ønske om å kontrollere utgifter, heller enn å stimulere til økt tjenestevolum.

### **3.3 Hypoteser**

Hvilke konsekvenser har omleggingen av avlønningsordningen fått? Et betimelig oppfølgingsspørsmål ved omleggingen av finansieringsmodellen i 2009, er om fritiden til fysioterapeuter i privat praksis prioriteres foran arbeid som en følge av omleggingen. Hva om det kun er finansielle motiver som bestemmer i hvilket omfang fysioterapeuten undersøker og behandler pasienter? Dersom en større prosentandel av inntjeningen blir omgjort til fastbeløp, kan en tenke seg at insentivene for å jobbe utover de fastsatte timene som driftstilskuddet tilsier, ikke lenger er så sterke. Størrelsen på selve driftstilskuddet vil i tillegg kunne ha innvirkning på fysioterapeutens vilje til å jobbe.

1. Min første hypotese antyder at antall pasientbehandlinger reduseres, og som en konsekvens at ventelistene øker. Hypotesen baserer seg på at prisvridningseffekten trekker i retning av færre tjenester fra fysioterapeuten. En forutsetning for denne hypotesen er at fysioterapeutens inntjening er tilnærmet lik, før og etter endret finansieringsordning.

I kapittelet om prisvridningseffekt og inntektsvirkning beskrives en annen situasjon for fysioterapeuter med lavt driftstilskudd; Nemlig at den negative inntektseffekten av finansieringsordningen trumfer prisvridningseffekten.

2. Min andre hypotese tar derfor utgangspunkt i at inntektsvirkningen gjør seg gjeldende, og at fysioterapeuter med lavt tilskudd må jobbe mer. Dette for å kompensere for lavere takster og en mindre økning i prosent fra selve driftstilskuddet.

Av hypotese 1 og 2 utleder jeg en siste hypotese:

3. Min tredje hypotese predikerer at det er forskjell i utviklingen av takstbruk mellom fysioterapeutene med lavt og høyt tilskudd etter at den nye finansieringsordningen tredde i kraft.

## **4 METODE**

I metodekapittelet presenteres valg av metode og hvordan jeg samlet inn dataene. Kapittelet inneholder også etiske overveielser og godkjenninger. Utvalgsriterier og hvilke variabler jeg har brukt forklares, før jeg redegjør for analysemetoder. Til sist beskrives aktuelle begrensninger ved datasettet, samt datamaterialets reliabilitet og validitet.

### **4.1 Datasamling og metode**

Studien ønsker å finne ut hvilke endringer omleggingen av avlønningsordningen til fysioterapeuter med driftstilskudd har ført til. For å få svar på denne problemstillingen har jeg hentet inn data fra Helsedirektoratet som sitter på ubearbeidet tallmateriale i forhold til takstbruk og fysioterapeuter. Tallmaterialet inneholder kjønn, alder, kommune, type fysioterapivirksomhet (allmenn fysioterapi, manuellterapi eller psykomotorisk fysioterapi), takstbruk og prosentvis driftstilskudd i tidsrommet 01.07.07-30.06.08, 01.07.08-30.06.09, 01.07.09-30.06.10, 01.07.10-30.06.11, 01.07.11-30.06.12.

### **4.2 Valg av metode**

Jeg har valgt en kvantitativ metode med et stort representativt utvalg. Det ville vært vanskelig å svare på problemstillingen med en kvalitativ tilnærming, i og med at intensjonen er å undersøke sammenhenger fra en tidsperiode til en annen og generalisere funnene.

Tallmaterialet jeg bruker har ikke vært gjenstand for forskning tidligere, men Helsedirektoratet i samarbeid med HELFO sitter på opplysninger om samtlige fysioterapeuter med driftstilskudd. Disse opplysningene har jeg fått tillatelse til å undersøke nærmere. Den kvantitative studien bygger på disse tallene.

### **4.3 Kvantitativ metode**

Ved kvantitativ metode er datainnsamlingen preget av sterk strukturering og lite fleksibilitet. Problemfeltet kan defineres ved spesifikke variabler som igjen uttrykkes i tallverdier. Selve analysen foregår etter datainnsamlingen, og ved hjelp av opptelling og statistiske teknikker kommer forskeren frem til et resultat som dokumenteres ved hjelp av tabeller, grafer eller

andre statistiske fremstillinger (3, s.371). Datamaterialet kan videre analyseres ved hjelp av statistiske metoder (5, s.177).

## **4.4 Etiske overveielser og godkjenninger**

I vedleggene ligger bekreftet tilbakemelding fra personvernombudet og REK (vedlegg 8).

Komiteen i REK *”anser at prosjektet ikke er å regne som medisinsk eller helsefaglig forskning slik det forstås med helseforskningsloven. Prosjektet faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2 (sammenholdt med § 4 a), og er ikke fremleggelsespliktig for REK”.*

Datatilsynet mener at *”dataene blir tilstrekkelig anonymisert og at prosjektet ikke omfattes av meldeplikten etter personvernopplysningsloven”.*

Alle fysioterapeuter i datamaterialet mitt er anonymisert vha. et unikt id-nummer. Jeg har derfor ingen oversikt over identiteten til fysioterapeutene i tallmaterialet. Det er likevel mulig å se hvilken kommune de ulike fysioterapeuter er ansatt i, i tillegg til å få oversikt over kjønn og alder. Det kan derfor tenkes at det ville være mulig å finne ut hvem enkelte av fysioterapeutene i materialet er, og på den måten sjekke hvilke takster disse fysioterapeuten bruker. Dette er en mulighet jeg ikke benytter meg av, da det har liten verdi for oppgaven og for meg personlig.

## **4.5 Innhenting av data**

Innhenting av data ble startet opp i mai 2012. Jeg kontaktet først fysioterapiforbundet som henviste meg videre til HELFO, som på sin side henviste meg til Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet får overført tallmateriale fra HELFO hvert år, som de har bearbeidet for meg inn i 5 excelark fordelt på hvert enkelt år jeg skulle sammenligne. Det første datamaterialet inneholdt imidlertid ikke prosentvis hjemmel, da det ikke er et krav om å registrere dette elektronisk. Jeg har derfor brukt tiden fra januar 2013 til september 2013 på å prøve å fremskaffe denne siste variabelen, som er nødvendig for å kunne si noe om substitusjonseffekten og prisvridningseffekten. Helsedirektoratet forbedret i løpet av 2013 rapportmulighetene fra samhandlingsregisteret som HELFO benytter, og kunne i september

utlevere variabelen med prosentvis hjemmel. Dessverre er det kun et mindre utvalg som er registrert med prosentvis hjemmel i registeret.

#### 4.5.1 Utvalg

I datamaterialet fra Helsedirektoratet er det til sammen registrert ca. 2500 fysioterapeuter. Det er imidlertid ikke konsekvent de samme fysioterapeutene som er registrert hvert år.

Eksempelvis var det færre registrert i 2007-2008 enn i 2010-2011. Årsaker til at sammensetningen de enkelte årene er ulik kan være variasjon i sykemeldinger, pensjon, permisjon, kutt eller en økning i antall hjemler eller at fysioterapeutene først de siste årene sendte inn oppgjøret elektronisk. Min forutsetning var å sammenligne de samme fysioterapeutene hvert enkelt år. Jeg har derfor satt som kriterium at fysioterapeuter som ikke er registrert hvert år unnlates fra studien. Jeg ender da opp med 1943 fysioterapeuter hvert år. Selv om jeg har oversikt over 1943 fysioterapeuter med driftstilskudd, er det kun begrenset oversikt over hvor stor avtalehjemmel i prosent hver enkelt har.

Dette er, i følge Helsedirektoratet: *"Opplysninger som registreres manuelt av saksbehandler. Det er ikke krav om registrering, slik at det er mange fysioterapeuter som vil mangle opplysning om driftstilskuddsprosent selv om de er registrert med avtale om driftstilskudd"*.

Antall registrerte fysioterapeuter med *registrert* driftstilskudd i prosent, etter at jeg eliminerte de som ikke er registrert hvert år, ble 239 personer. Av disse er det registrert 65 fysioterapeuter med et tilskudd til og med 50%, og 174 fysioterapeuter over 50 %. Det er ingen grunn til å tro at de registrerte fysioterapeutene ikke er representative for hele gruppen, da selve registreringen er valgfri og ikke geografisk betinget.

Datamaterialet består av fysioterapeuter med driftstilskudd. Dette inkluderer fysioterapeuter uten videreutdanning, psykomotorikere og manuellterapeuter. Jeg har ikke differensiert mellom disse gruppene.

#### 4.6 Analyse av data

Datamaterialet ble utlevert i 5 ulike Excelark, et for hvert år jeg sammenligner. For å legge inn tallene i et analyseprogram for statistikk måtte jeg legge inn tallene i et enkelt ark. En annen utfordring med tallmaterialet var at det for hver enkelt fysioterapeut forelå ulik takstbruk. Hvor mange taksttyper som blir brukt varierer mellom de ulike fysioterapeutene.

Antall linjer per fysioterapeut i Excel ble som en følge av dette forskjellig, noe som gjorde det vanskeligere å sammenligne fysioterapeutene i forhold til kjønn, alder og kommune. Selve takstbruken, som sier noe om den aktivitetsbaserte endringen, er det fullt mulig å analysere selv om antall linjer per fysioterapeut er ulik.

Tallene ble først lagt inn i et statistisk analyseprogram som heter Tableau (24). Dette er et analyseprogram som er meget brukervennlig med en såkalt ”drag and drop” funksjon. Jeg fikk dermed en god oversikt over resultatene, men siden jeg var interessert i å gjøre dypere dataanalyser ble SPSS foretrukket som analyseprogram.

Jeg vil undersøke effekten av endringen i finansieringsordningen for fysioterapeuter samlet sett, men også ut fra hvor stor hjemmel fysioterapeuten innehar. Fysioterapeutene med driftstilskudd ble dermed delt i to grupper. En gruppe med lav hjemmel (10-50%), og en gruppe med høy hjemmel (51-100 %). I gruppen med lav hjemmel er n=65, mens for gruppen med høy hjemmel er n=174. Jeg vurderte å utvide gruppen med lav hjemmel til 10-60% for å utjevne gruppene, men endte da opp med n=77 for de med tilskudd opp til 60 % og n=162 for de med tilskudd fra 61-100 %. I og med at det i det siste alternativer fortsatt er en relativt stor skjevfordeling, anså jeg det som viktigere for oppgaven å differensiere etter størrelsen på selve driftstilskuddet.

For å undersøke effektene av endringen i finansieringsordningen med bakgrunn i teorien om prisvridningseffekt og inntekstvirkning, kunne det vært mer hensiktsmessig å sammenligne fysioterapeuter med 100% tilskudd og fysioterapeuter med 20-40 % tilskudd. En slik fordeling ville muligens ført til en mer homogen gruppeinndeling. Slike analyser er også blitt gjennomført, der jeg har delt inn fysioterapeutene i mindre grupper i intervall fra 10-20%, 21-40%, 41-60%, 61-80, 81-100 samt en gruppe med kun 100%. Dette for å undersøke om det er store forskjeller på de med meget lavt tilskudd og de med fullt tilskudd. Jeg utelater likevel resultatene fra disse gruppene, da antall fysioterapeuter ble for få til at jeg anså det som relevant å bruke det i oppgaven. Det er i tillegg gjennomført analyser for det samlede antall fysioterapeuter (n=1943).

Analysene inneholder antall konsultasjoner (behandling + undersøkelse), en kombinasjon av konsultasjoner og gruppebehandling, tilleggstakster, gruppetakster samt totalt antall regninger. Videre har jeg fordelt konsultasjoner på kjønn, og til sist har jeg foretatt en spredningsanalyse.



Resultatene blir presentert ved hjelp av grafer med oversikt over alle årene fra 2007-2012. Jeg har valgt å bruke 2007/2008 og 2008/2009 som basisår, og analyserer forskjellene med 2011/2012. Årsaken til at 2008/2009 benyttes som basisår er fordi endringen ikke trådte i kraft før 1.juni 2009. Selv om finansieringsordningen ikke betraktes som igangsatt før 2009/2010, var det faktisk en økning i takster og driftstilskudd på 8,1 % i 2008/2009. I utgangspunktet var finansieringsordningen ment å tre i kraft i 2008/2009, men NFF fikk utsatt ordningen et år. Det kan argumenteres for at disse to forholdene, en økning på 8,1 % og publisitet rundt utsettelse av finansieringsordningen til neste år, kan virke inn på fysioterapeuters praksisomfang. 2007/2008 anses dermed som et ”normalår”, og blir derfor brukt som alternativt basisår.

#### **4.6.1 Mann – Whitney U test**

For å finne ut om det er signifikante forskjeller i takstbruk/antall konsultasjoner for de ulike årene eller mellom høyt og lavt tilskudd har jeg brukt Mann – Whitney U test, som er en ikke parametrisk test. Ikke parametriske tester brukes dersom observasjonene har en skjev fordeling eller er få (5, s. 198). I mitt datamaterialet er det noen observasjoner som kan betraktes som ekstremverdier, og det anses som rimelig at differansene ikke er normalfordelt. Det er også svært stor spredning i observasjonene i datamaterialet.

Mann – Whitney U test kan bli brukt for å avgjøre hvorvidt resultater i to uavhengige testdata er signifikant forskjellige. Dette gjøres i min oppgave ved at summen av antall takster for hver fysioterapeut konverteres til et tall. Her vil fysioterapeuten som har brukt færrest takster få tallet 1, nest færrest tallet 2 osv. (4, s. 220). Testen sammenligner deretter medianen for de to uavhengige testdataene (3, s. 402) I min oppgave er det summen av antall regninger (takstbruk) som blir testet opp mot hverandre. Summen av antall regninger blir representert av to uavhengige variabler, enten ulike årstall eller ulikt driftstilskudd (høyt eller lavt).

#### **4.6.2 Avhengig variabel**

For å teste hypotesene og problemstillingen min er takstbruk nødvendigvis en avhengig variabel. Det finnes som nevnt tidligere mange ulike takster som fysioterapeuter bruker. Behandlingstaksten og undersøkelsestaksten er for eksempel takster som sier noe om hvor lang tid en bruker. Jeg har i min oppgave kombinert tidstaksten og undersøkelsestaksten til en ”konsultasjonstakst”. Konsultasjonstaksten trekker jeg ut og analyserer i forhold til de

uavhengige variablene. Andre avhengige variabler i oppgaven er gruppetaksten og tilleggstakster.

### **4.6.3 Uavhengige variabler**

Følgende uavhengige variabler i forhold til takstbruk er inkludert i analysen: År, alder, geografi, kjønn, fysioterapivirksomhet, og prosentvis driftstilskudd (som deles inn i høyt og lavt tilskudd). Takstbruken har ingen innvirkning på noen av disse parameterne, men det er mulig at de uavhengige variablene i mitt datasett har innvirkning på takstbruken.

## **4.7 Forforståelse**

Det vil alltid ligge noen forutsetninger til grunn for vår forforståelse. Dette har stor betydning i kvalitativ forskning. I kvantitativ forskning er metoden basert på distanse mellom forsker og objekt (3, s. 167). Fysioterapeutene i mitt prosjekt er ikke i direkte relasjon til meg, men i og med at jeg selv er fysioterapeut som har jobbet med driftstilskudd kan det tenkes at jeg har en forforståelse for prosjektet. Det vil alltid være ulike måter å analysere og ulike måter å fortelle resultatene på, dette kan i ytterste konsekvens få innvirkning på en konklusjon. Det har derfor vært viktig for meg å gå inn i prosjektet med en objektiv vinkling, og reflektere over hvordan jeg analyserer og forteller resultatene (25).

### **4.7.1 Begrensninger på datasett**

I datasettet fra Helsedirektoratet er det ikke data med prosentvis hjemmel for alle fysioterapeuter. Dette er opplysninger som registreres manuelt av saksbehandler, og det er heller ikke krav om registrering. Det er derfor mange fysioterapeuter som vil mangle opplysning om driftstilskuddsprosent, selv om de er registrert med avtale om driftstilskudd hos HELFO.

Det er heller ikke en oversikt over eventuelle vikarer i datasettet. Dersom en fysioterapeut med driftstilskudd er i delvis permisjon og får en vikar, kan ikke vikaren jobbe mer enn de tilmålte timene vikariatet tilsier. Dette kan få innvirkning på resultatet.

Dataene er basert på elektroniske tall fra Helsedirektoratet. Det er kun de siste årene det har vært et krav at oppgjøret fra fysioterapeuten skal sendes inn elektronisk. De som har mindre enn 10 % tilskudd kan fortsatt sende inn manuelle oppgjør. Det er ca. 2 % av fysioterapeutene som ikke sender inn oppgjøret elektronisk (HELFO). Dette gjør at jeg ikke har tall fra absolutt alle fysioterapeuter med driftstilskudd. Et annet problem med datamaterialet er at jeg har forholdsvis få (239) registrerte fysioterapeuter med driftstilskudd. I gruppen på 239 fysioterapeuter har jeg delt inn i lite og stort driftstilskudd. Når jeg gjør det, oppstår det en markant skjevfordeling med  $n=174$  for de med høyt, og  $n=65$  for de med lavt tilskudd.

Det er en også viss unøyaktighet ved antall pseudoideer fra resultatene som omhandler *registrerte* fysioterapeuter med høy og lav hjemmel for de ulike årene. Grunnen til dette er at jeg satt som premiss at alle pseudo id'er som var med alle årene ble tatt med i studien. Det jeg ikke tok høyde for var at det innenfor de 5 årene jeg sammenligner, så har noen av fysioterapeutene fått endret sine tilskudd (se vedlegg *tabell 1*). Noen av fysioterapeutene vil da skifte gruppe fra lav hjemmel til høy og omvendt.

Det er også noen av fysioterapeutene med registrert tilskudd som ikke er registrert med tilskuddsprosent hvert år. Til sammen gjelder dette for 25 fysioterapeuter. For eksempel er  $n=174$  for år 2011/2012 og  $n=172$  for året 2008/2009 for de med høyt tilskudd. Dette har sannsynligvis å gjøre med at tilskuddet ikke har blitt registrert for et eller flere av de 5 årene jeg gjør observasjoner fra, i og med at det registreres manuelt. *Tabell 2* i vedlegget underbygger denne påstanden.

#### **4.7.2 Bruk av takster fra takstplakaten som analyseverktøy**

Jeg bruker endringer i takstbruk for å undersøke eventuelle endringer i praksisomfang. Det kan argumenteres for at takster er lite egnet til denne bruken. Selv om det er endringer i konsultasjonstakster vil det ikke nødvendigvis være endringer i tidsbruk for fysioterapeuten. For eksempel varierer behandlingstakstene i tid fra 20 minutter til 90 minutter, tidsbruken fysioterapeuten bruker blir dermed ikke kartlagt.

En observasjon av antall pasienter som får behandling kan derimot bli kartlagt. Men her er det viktig å poengtere at det er mulig å kombinere A1a (undersøkelse inntil 30 minutter) med en behandlingstakst. Dersom fysioterapeuten benytter seg av dette ved å undersøke og behandle

på samme dag, vil pasienten bli registrert med 2 konsultasjoner den første dagen. Det er ikke mulig med mitt datamaterialet å omgjøre denne kombinasjonen til en registrert konsultasjon.

Av takstplakaten er det mulig å behandle pasienter i grupper. Tidsbruken for grupper kan variere fra 30 til 90 minutter og med et ulikt antall pasienter. Jeg har valgt å analysere gruppetakstene for seg, men også i kombinasjon med enkeltkonsultasjonene. Dette for å få en oversikt over det totale antall behandlede pasienter. En slik kombinasjon er likevel problematisk å analysere, da fysioterapeuten bruker kortere tid per pasient ved gruppebehandling.

### **4.7.3 Reliabilitet og validitet**

**Reliabilitet** er et uttrykk for hvor pålitelig undersøkelsen er, og om den representerer den virkelige situasjonen (28). Oppgavens reliabilitet anses som relativt god, da det brukes målinger fra de samme fysioterapeutene for hvert år. Undersøkelsene er gjennomført med like kriterier for hvert år, og gjennomfører en annen forsker en identisk undersøkelse, skal vedkommende få samme resultat. Derimot kan det argumenteres for mindre god reliabilitet når studien søker å undersøke forskjeller mellom fysioterapeutene med høyt og lavt tilskudd. Dette er på grunn av at det er få fysioterapeuter som er registrert med størrelsen på driftstilskuddet, noe som gjør det vanskeligere å knytte undersøkelsen til virkeligheten. På den andre siden brukes de samme fysioterapeutene i undersøkelsene for å sammenligne eventuelle forskjeller mellom høyt og lavt tilskudd. En annen forsker skal også her komme frem til det samme resultatet.

**Validitet** eller gyldighet er knyttet til om undersøkelsen måler det den har til hensikt å måle. I studien min forteller validiteten om det foreligger et tilstrekkelig statistisk grunnlag for å kunne trekke konklusjoner, basert på datamaterialet (29). Størrelsen på utvalget (1943 fysioterapeuter), anses som tilstrekkelig og representativ for fysioterapipopulasjonen som helhet. Det settes likevel spørsmålsteget til om datamaterialet er statistisk valid ved undersøkelser rettet mot forskjeller mellom fysioterapeuter med høyt og lavt tilskudd, på grunn av få fysioterapeuter i disse gruppene. Studien søker å finne ut om praksisomfanget endres i løpet av tidsperioden 2007-2012, og har benyttet takster for å måle utfallet. Datamaterialet er i besittelse av alle tilgjengelige takster som er benyttet av alle

fysioterapeuter, systematiske målefeil bør derfor være unngått. Det er derimot ikke differensiert mellom lange og korte tidstakster, noe som kan påvirke oppgavens validitet. Det har ikke vært statistisk tilfeldig utvelgelse av inkluderte fysioterapeuter med registrert tilskudd. Her har jeg kun benyttet meg av data fra de fysioterapeutene som var tilgjengelig i datamaterialet, noe som kan påvirke validiteten.

## 5 RESULTATER

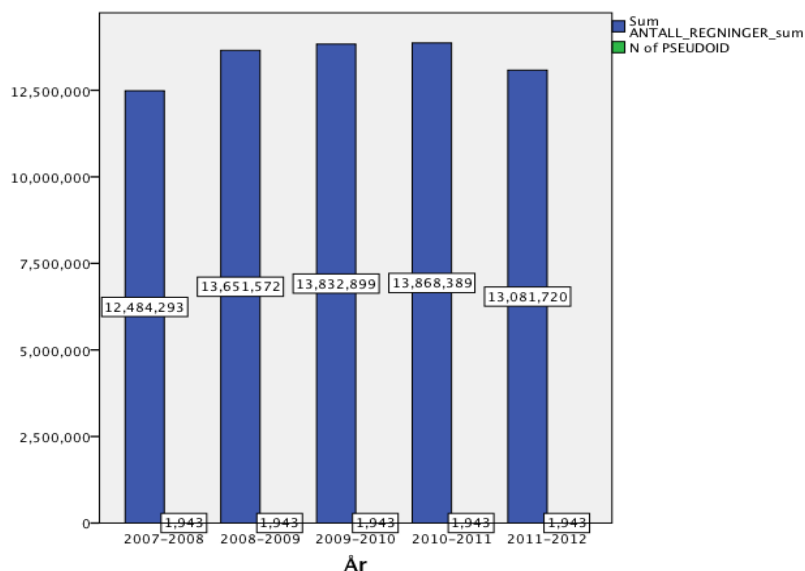
I dette kapittelet presenteres resultater for alle fysioterapeuter i mitt datasett, samt egne analyser for de med høyt og lavt tilskudd. Jeg starter med å vise resultatene for alle fysioterapeuter, og hvordan totalt antall takster har endret seg i løpet av perioden. Resultatene for antall konsultasjoner, samt antall konsultasjoner sett i sammenheng med gruppebehandlinger, presenteres deretter. Resultatene analyseres ved hjelp av Mann Whitney U test for å beregne signifikans i endringer av omfang, og for å teste hypotesene mine. Jeg har valgt å sammenlikne både 2007/2008 (første året jeg har data fra) og 2008/2009 (året før omleggingen av avlønningsordningen), med 2011/2012 (siste året jeg har data fra). Deretter vil en oversikt over bruk av tilleggstakster og gruppetakster bli presentert. Presentasjonen av resultatene for fysioterapeuter med lavt og høyt tilskudd vil følge samme malen.

Ved hjelp av Mann Whitney U test og spredningsanalyser forsøker jeg å svare på om det er forskjeller i praksisomfang mellom de med høyt og lavt tilskudd. Videre vil eventuelle kjønnsforskjeller og endringer i tidsbruk legges frem.

Jeg har valgt å ta med totalt antall takster da den sier noe om det totale omfanget av utgifter til HELFO fordelt på hver fysioterapeut. Antall konsultasjoner i analysene forklarer eventuelle endringer i omfanget over tid. Jeg har også innlemmet tilleggstakster. Grunnen til at jeg har med tilleggstakster, er for å (muligens) forklare hvorfor grafen over konsultasjoner og totale takster ikke oppfører seg helt likt over tid.

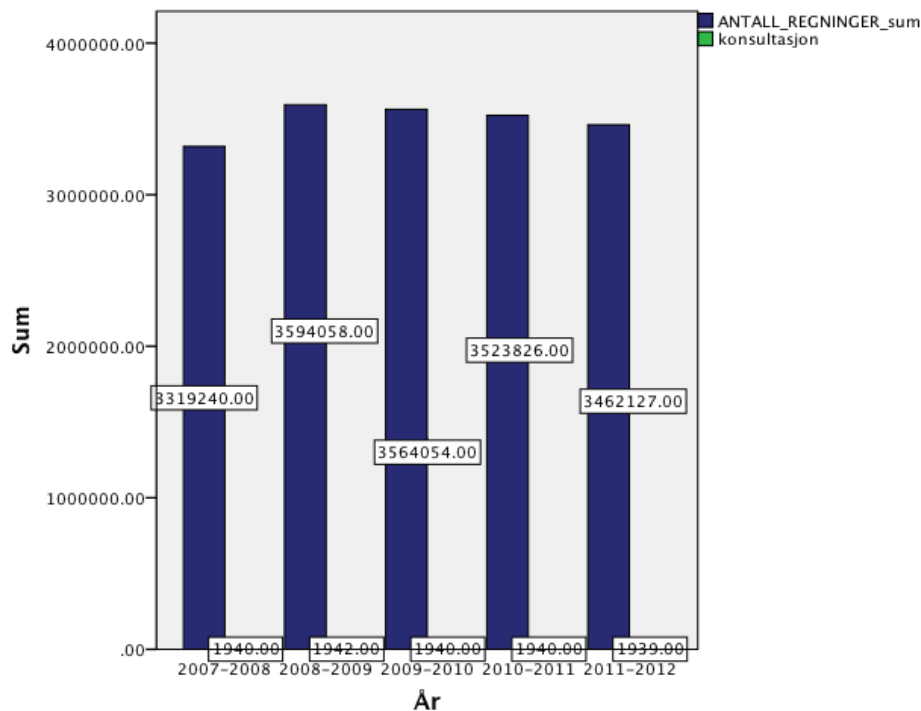
## 5.1 Alle registrerte fysioterapeuter (n=1943)

Figur 3, Totalt antall takster sendt inn til HELFO for alle 1943 registrerte fysioterapeuter



I utgangspunktet er det interessant å sammenligne eventuelle endringer før og etter 2009/2010, da det var i juli 2009 omleggingen av finansieringsordningen tredde i kraft. For alle innsendte regninger er ikke forskjellen så stor før og etter 2009, men i 2007/2008 og 2011/2012 ble det sendt inn færre regninger sammenlignet med de andre årene.

Figur 4, Antall konsultasjoner (undersøkelse og behandling) for fysioterapeuter, psykomotorikere og manuellterapeuter. Takst: A1a, A1d, A2a, A2b, A2c, A2d, A2f, A8a, A9



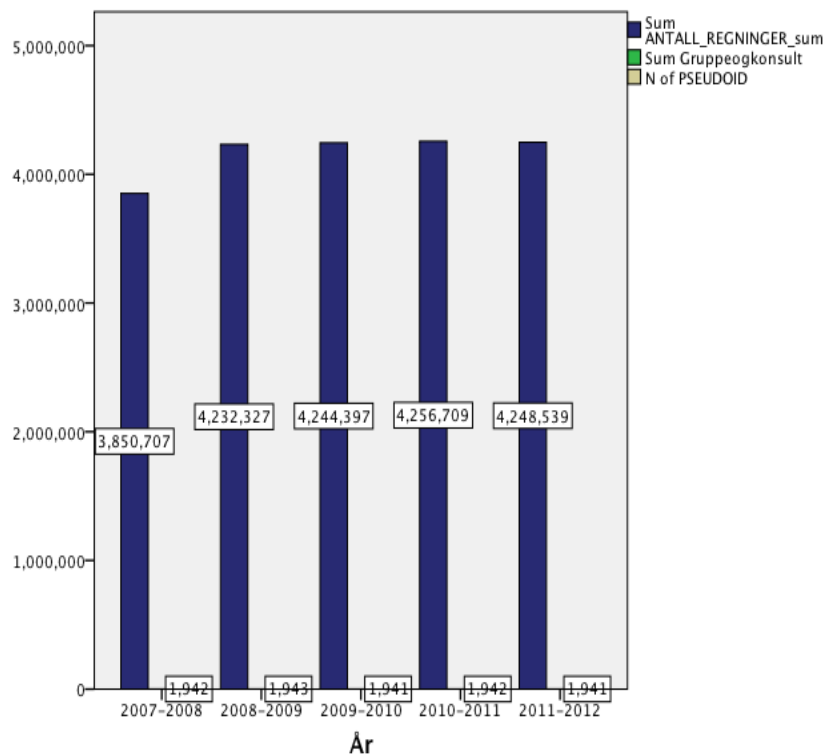
Vi ser at antall konsultasjoner øker frem mot omleggingen, for deretter å synke frem mot 2011/2012. Mellom 2008/2009 og 2011/2012 synker antall konsultasjoner per fysioterapeut i gjennomsnitt fra 1851 (3590458/1942) i 2008/2009, til 1786 (3462127/1949) konsultasjoner i 2011/2012. Det tilsvarer en reduksjon på 65 konsultasjoner i gjennomsnitt per fysioterapeut. Sammenlignes 2007/2008 med 2011/2012 observeres derimot en økning fra i gjennomsnitt 1710 til 1786, tilsvarende 76 konsultasjoner.

Problemstillingen min innebærer endringer i antall konsultasjoner før og etter omleggingen, jeg har derfor analysert forskjellene ved hjelp av Mann Whitney U test i SPSS. Her testes forskjellene i antall konsultasjoner mellom 2008/2009 og 2011/2012. 0 - hypotesen, som indikerer ingen forskjell forkastes (se vedlegg 3). Samme test mellom 2007/08 og 2011/12 viser også en signifikant endring, men med en økning i antall konsultasjoner.

Det observeres også en signifikant forskjell når jeg analyser forskjellene i totalt antall takster (vedlegg 5) mellom 2008/09 og 2011/12, men ingen signifikant endring mellom 2007/08 og 2011/12.



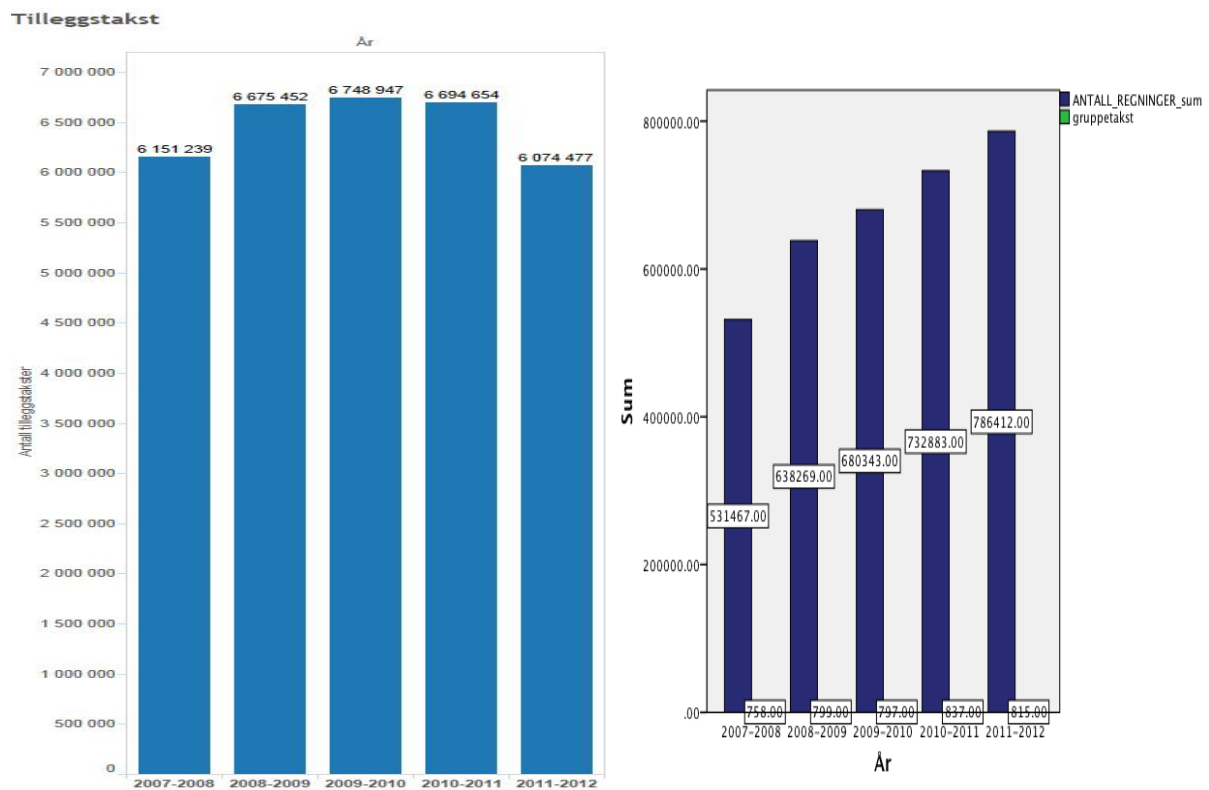
Figur 5: Antall konsultasjoner og antall gruppetakster i kombinasjon. Takst: A1a, A1d, A2a, A2b, A2c, A2d, A2f, A8a, A9, C30a, C30b, C30c, C30d, C32, C33, C31a, C31b, C31c, C31d



Her sammenlignes antall konsultasjoner og antall gruppetakster samlet. Det observeres tilnærmet ingen endring mellom 2008/09 og 2011/12, mens det mellom 2007/08 og 2011/12 observeres en økning på i gjennomsnitt 206 gruppe og enkeltkonsultasjoner.

Mann Whitney U test predikerer ingen signifikant forskjell mellom 2008/09 og 2011/12, mens testen viser en signifikant endring mellom 2007/08 og 2011/12.

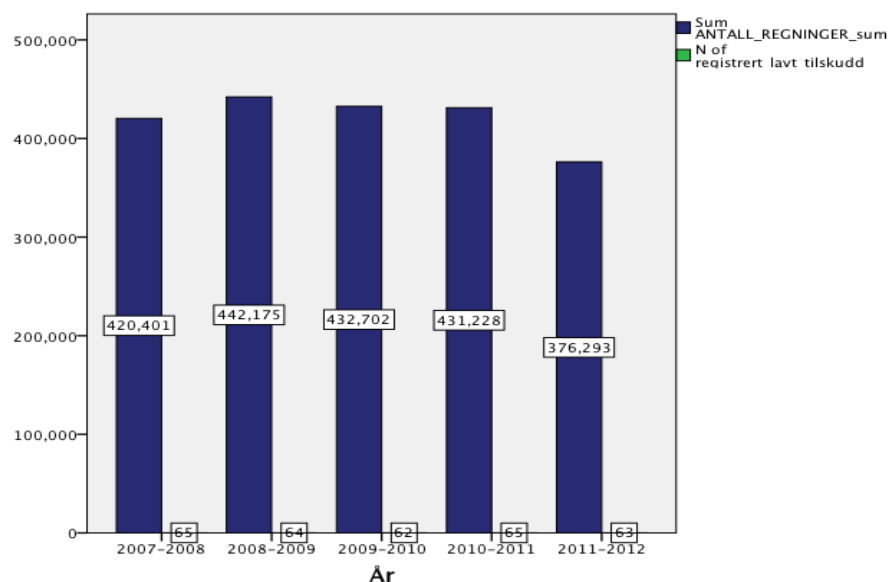
Figur 6, Oversikt over bruk av tilleggstakster til venstre og gruppetakst til høyre



Tilleggstakstene har tilnærmet samme kurve som totalt antall regninger. Gruppetakstene er den eneste taksten jeg har funnet som fortsetter å øke alle årene.

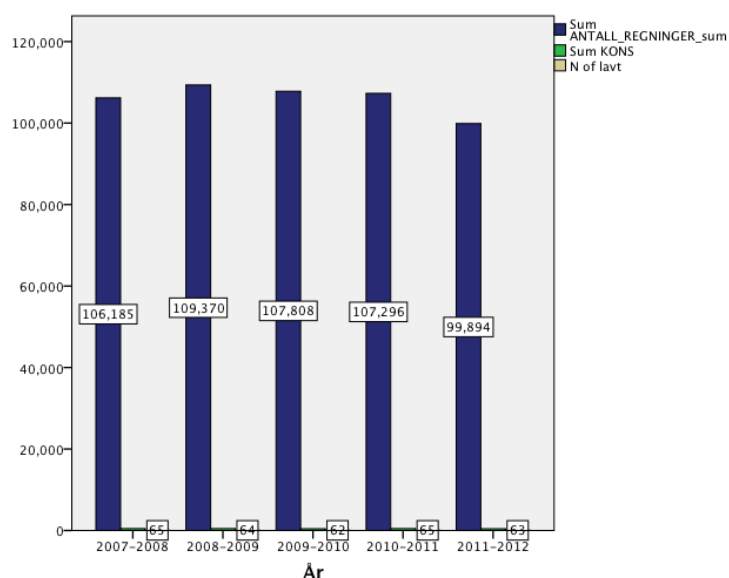
## 5.2 Fysioterapeuter med lavt driftstilskudd, 10-50%.

Figur 7, Totalt antall takster fordelt på fysioterapeuter med registrert lavt tilskudd



Grafen med totalt innsendte regninger for fysioterapeuter med lavt tilskudd viser relativt små forskjeller bortsett fra observasjonen fra 2011/2012, der takstbruken reduseres.

Figur 8, Antall konsultasjoner fordelt på fysioterapeuter med registrert lavt tilskudd. Takst: A1a, A1d, A2a, A2b, A2c, A2d, A2f, A8a, A9

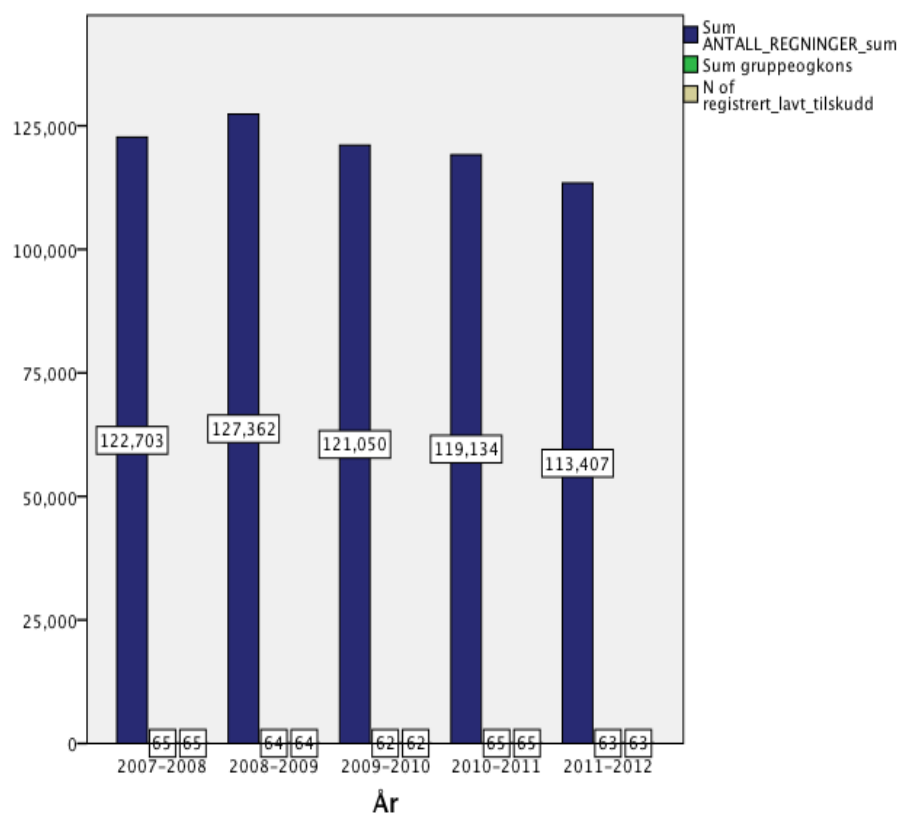


Vi ser at kurven følger noe av den samme tendensen som for alle registrerte fysioterapeuter. Konsultasjonene øker noe frem mot 2008/2009, for så å synke gradvis nedover til 2011/2012.

Gjennomsnittlig reduksjon fordelt på antall fysioterapeuter med redusert hjemmel blir mellom år 2008/2009 og år 2011/2012, 1709 konsultasjoner ( $109370/64 - 1586$  konsultasjoner ( $99894/63$ ) = 123. Gjennomsnittlig reduksjon mellom 2007/08 og 2011/12 er til sammenligning 49 konsultasjoner.

Ved hjelp av Mann – Whitney U test i SPSS testet jeg om det er signifikante endringer i antall konsultasjoner mellom 2008/09 og 2011/12 og mellom 2007/08 og 2011/12 for de med lavt tilskudd. 0-hypotesen som predikerer ingen endring, kan ikke forkastes for noen av årene som sammenlignes (vedlegg 5).

**Figur 9: Antall konsultasjoner og antall gruppetakster i kombinasjon for fysioterapeuter med lavt tilskudd. Takst: A1a, A1d, A2a, A2b, A2c, A2d, A2f, A8a, A9, C30a, C30b, C30c, C30d, C32, C33, C31a, C31b, C31c, C31d**

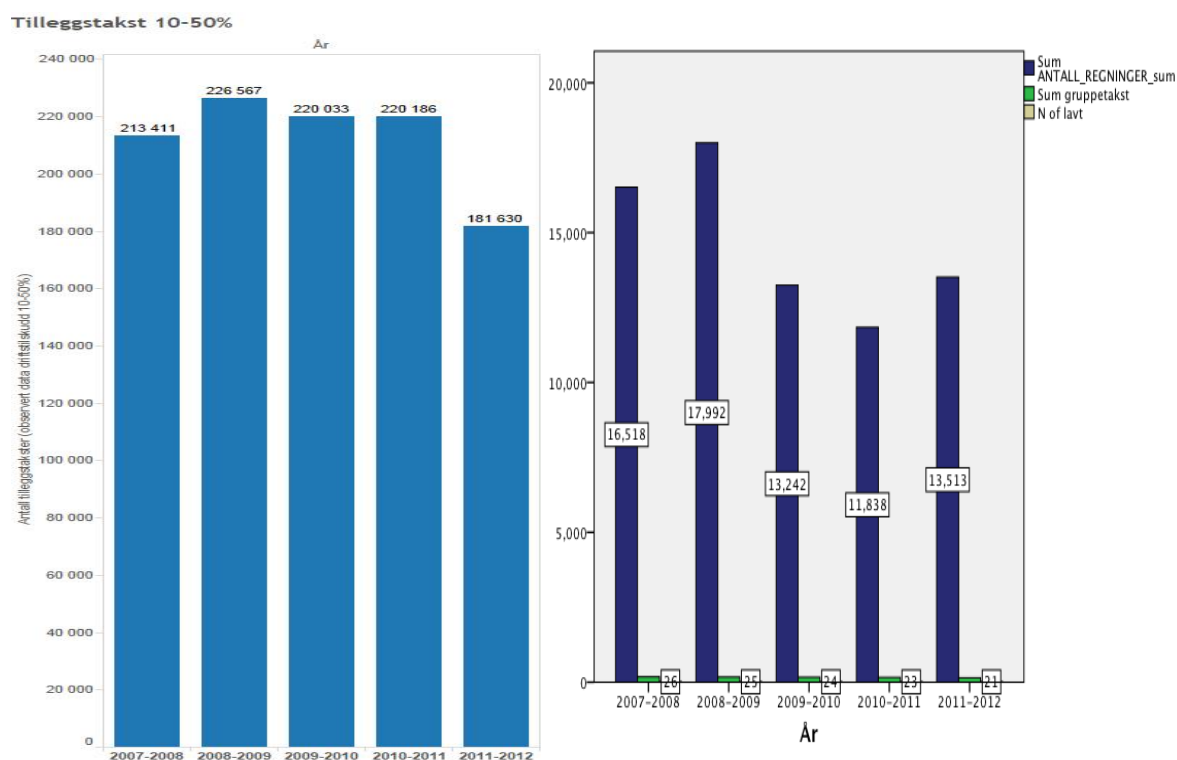


Grafen med enkeltkonsultasjoner kombinert med gruppekonsultasjoner for fysioterapeuter med registrert lavt tilskudd, oppfører seg litt annerledes enn den samme grafen for alle fysioterapeuter. Her observeres en økning frem mot omleggingen, og deretter en reduksjon frem mot 2011/12. Mellom 2008/09 og 2011/12 er den gjennomsnittlige nedgangen på 195 enkelt og gruppekonsultasjoner. Mellom 2007/08 og 2011/12 er nedgangen på 88. Nedgangen

i antall enkelt og gruppekonsultasjoner er ikke like markant som ved sammenligning av kun enkeltkonsultasjoner.

Ved bruk av Mann Whitney U test observeres ingen signifikant forskjell mellom noen av basisårene og 2011/12.

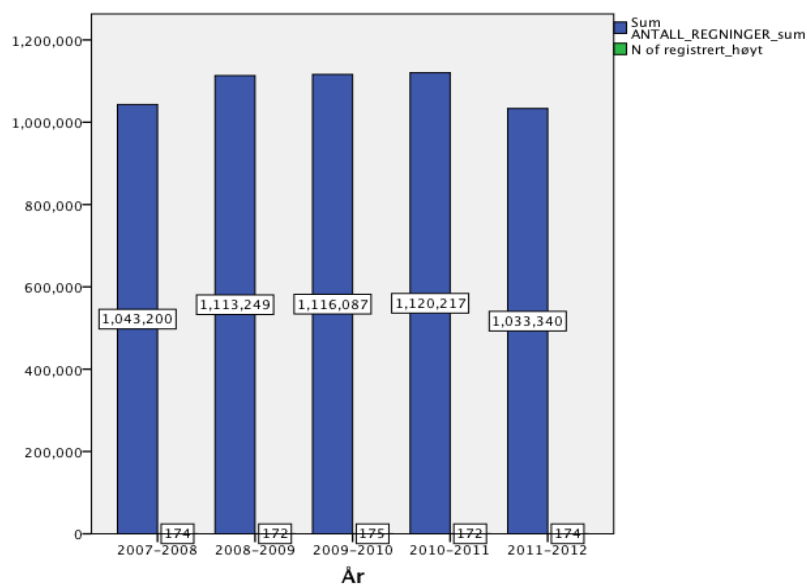
**Figur 10, Oversikt over bruk av tilleggstakster (til venstre) og gruppetakst (til høyre) for fysioterapeuter med lavt driftstilskudd**



Tilleggstakstene følger en litt annen tendens enn for alle registrerte, i og med at den begynner å synke med en gang etter 2008/09. Umiddelbart observeres ingen sikker tendens for fysioterapeuter med lavt tilskudd når gruppetakstene sammenlignes for hvert år.

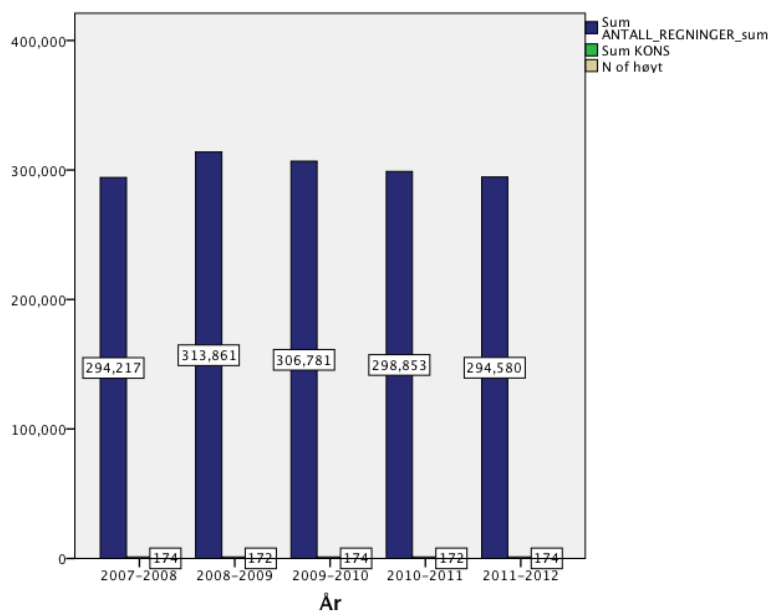
## 5.3 Fysioterapeuter med høyt driftstilskudd

Figur 11, Alle takster fordelt på registrert høyt driftstilskudd



Totalt antall regninger ligner på kurven for totalt antall fysioterapeuter registrert, da den er relativt lik før og etter 2009 med bunnpunkter i 2007/2008 og 2011/2012.

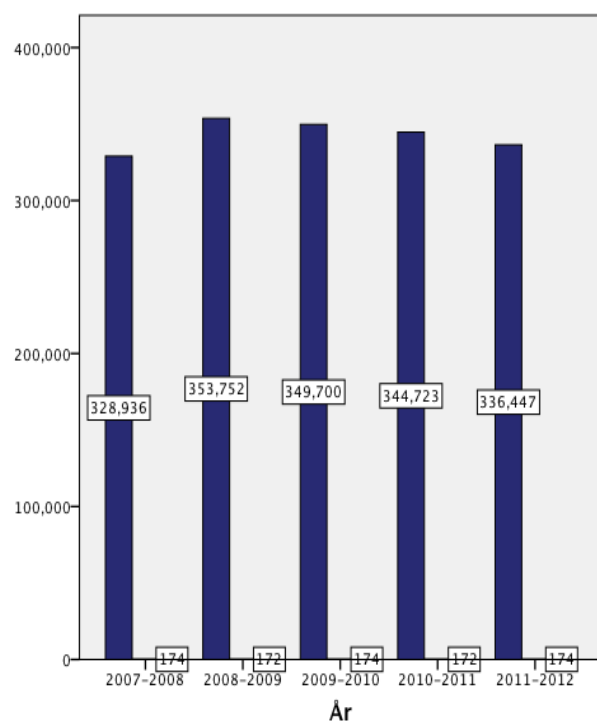
Figur 12, Konsultasjoner fordelt på fysioterapeuter med registrert høyt driftstilskudd



Konsultasjonskurven for fysioterapeuter med høyere driftstilskudd ligner på kurvene for alle registrerte fysioterapeuter og fysioterapeuter med lavere tilskudd i den forstand at den øker mot 2008/2009 for deretter å synke gradvis nedover mot år 2011/2012. Her er gjennomsnittlig reduksjon i antall konsultasjoner fra år 2008/2009 til år 2011/2012 på 132 konsultasjoner,  $1825 \text{ konsultasjoner} (313861/172) - 1693 \text{ konsultasjoner} (294580/174) = 132$ . Mellom 2007/08 og 2011/12 observeres en liten økning på 2 konsultasjoner.

Selv om det observeres en gjennomsnittlig nedgang i konsultasjoner fra basisåret 2008/09 og 2011/12, er det i følge Mann – Whitney U test ingen signifikante forskjeller (vedlegg 6).

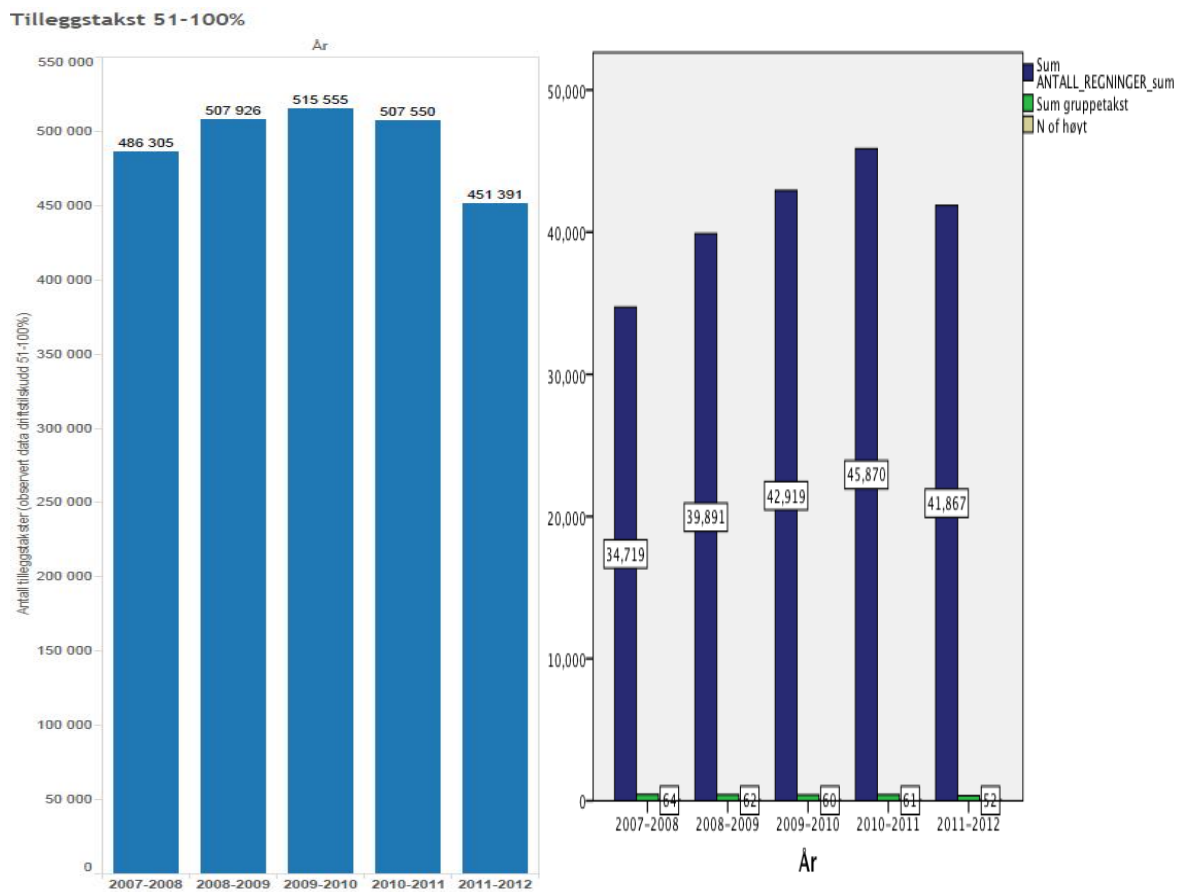
**Figur 13: Antall konsultasjoner og antall gruppetakster i kombinasjon for fysioterapeuter med høyt tilskudd. Takst: A1a, A1d, A2a, A2b, A2c, A2d, A2f, A8a, A9, C30a, C30b, C30c, C30d, C32, C33, C31a, C31b, C31c, C31d**



Grafen med enkeltkonsultasjoner kombinert med gruppekonsultasjoner for fysioterapeuter med registrert høyt tilskudd, har samme tendens som grafen for fysioterapeuter med registrert lavt tilskudd. Det observeres en økning frem mot omleggingen, og deretter en reduksjon frem mot 2011/12. Mellom 2008/09 og 2011/12 er den gjennomsnittlige reduksjonen for enkelt og gruppekonsultasjoner på 123. Mellom 2007/08 og 2011/12 observeres en liten økning på 44.

Ved bruk av Mann Whitney U test observeres det heller ikke for fysioterapeutene med registrert høyt tilskudd en signifikant forskjell mellom basisårene og 2011/12.

Figur 14, Oversikt over bruk av tilleggstakster (til venstre) og gruppetakst (til høyre) for fysioterapeuter med registrert høyt driftstilskudd



Endringene i tilleggstakstene for denne gruppen følger tilnærmet samme kurve som kurven for alle registrerte fysioterapeuter. Gruppetakstene øker frem til 2011/12, der den synker.

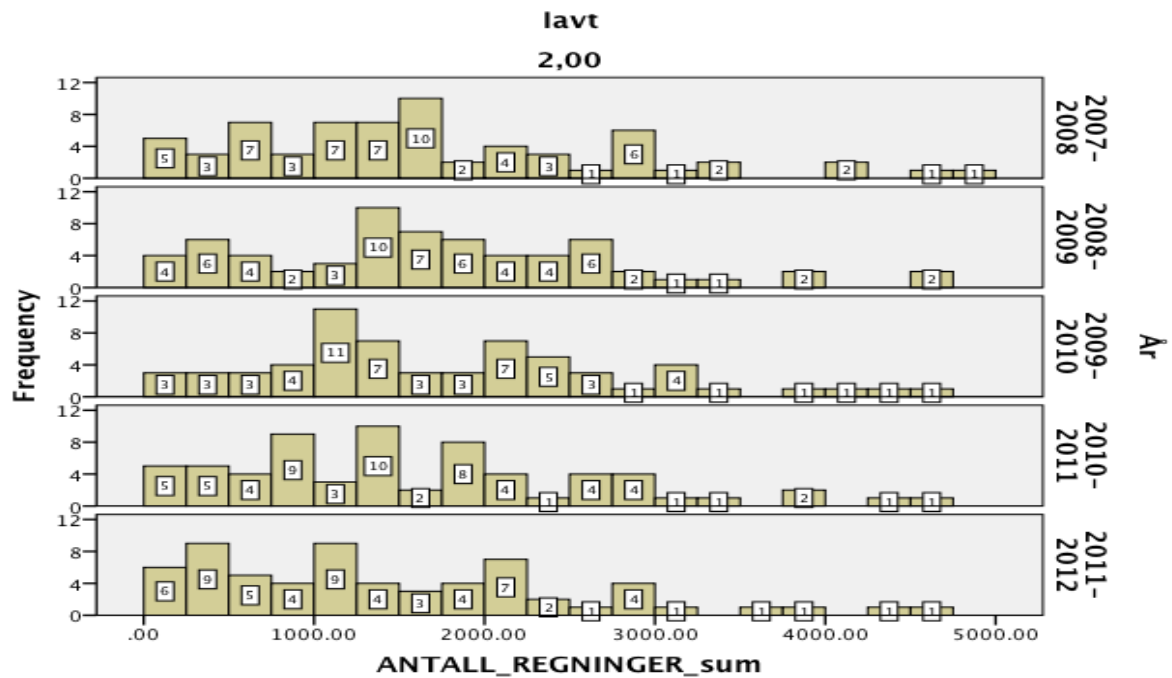
## 5.4 Forskjeller mellom fysioterapeuter med høyt og lavt tilskudd etter endringen av avlønningsordningen

Jeg ville teste hvorvidt det er forskjeller i takstbruk mellom fysioterapeuter med høyt og lavt driftstilskudd. Ved hjelp av Mann – Withney U test, testet jeg eventuelle forskjeller mellom disse gruppene alle årene jeg har data fra. Ingen av testene viste signifikante forskjeller og 0-hypotesen kunne ikke forkastes (se vedlegg 7, eksemplifisert med test fra 2011/2012). Jeg finner dermed ingen klare forskjeller i antall konsultasjoner mellom høyt og lavt tilskudd etter

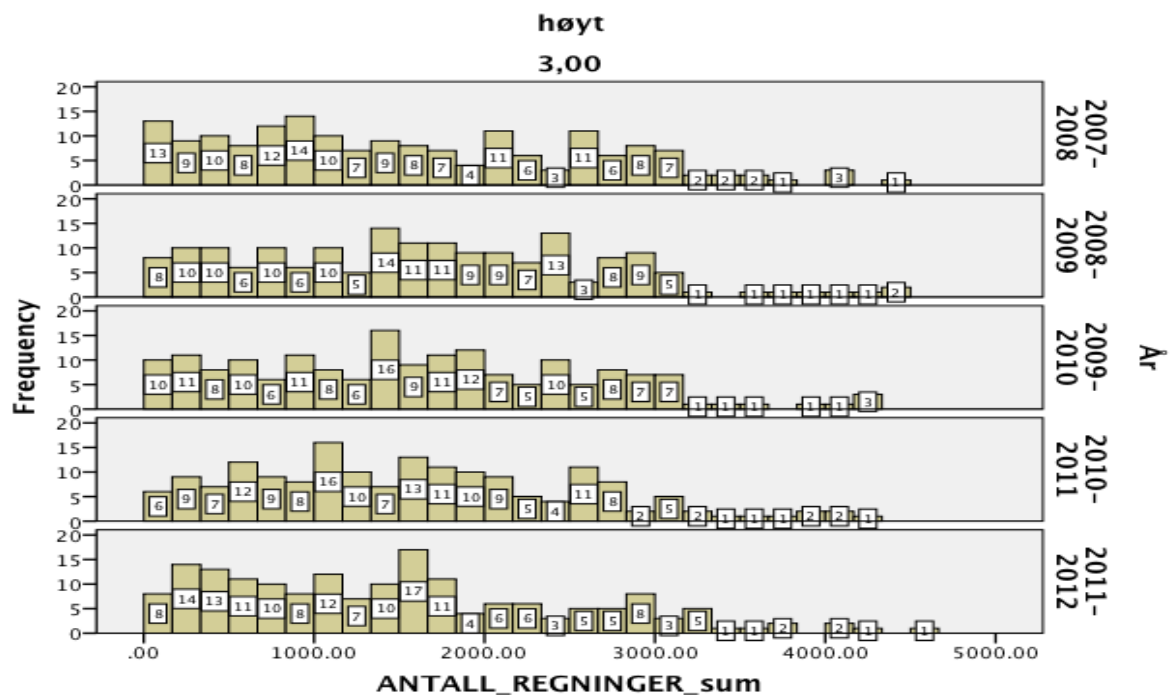


omleggingen av finansieringsordningen. En mulig forklaring på at jeg ikke finner signifikant endring mellom de med høyt og lavt tilskudd kan være på grunn av stor spredning innenfor begge gruppene.

Figur 15, Spredningsanalyse over antall enkeltkonsultasjoner per år for de med lavt driftstilskudd



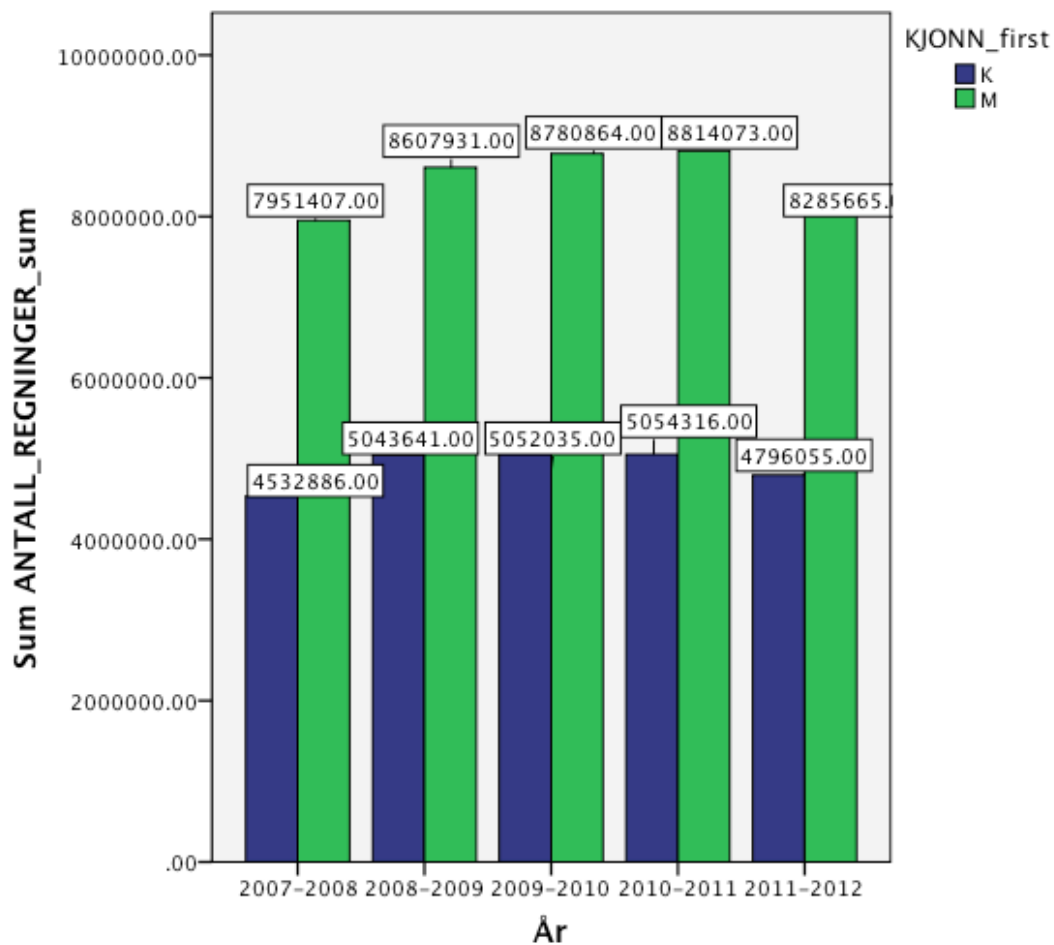
Figur 16, Spredningsanalyse over antall enkeltkonsultasjoner per år for de med høyt driftstilskudd



Spredningen for begge gruppene ser av figur 11 og 12 ut til å være tilnærmet jevnt fordelt over hele aksene som viser summen av konsultasjoner. En stor spredning og ingen merkbare opphopninger for de med lavt eller høyt tilskudd etter omleggingen av finansieringsordningen, kan forklare at 0-hypotesen ikke forkastes.

## 5.5 Kjønnsforskjeller

Figur 17, Oversikt over innsendte regninger fordelt på menn og kvinner



Av analysen observeres en relativt markant forskjell på innsendte regninger mellom menn og kvinner, men utviklingen for begge kjønn følger samme kurve. Det er registrert tilnærmet like mange menn og kvinner i datasettet.

## 5.6 Endringer i tidstakster

Tabell 1 viser endringer i antall konsultasjoner tilsvarende de enkelte tidstakstene mellom 2008/09 og 2011/12. Dette for å illustrere om det foreligger et skifte i bruk av tidstakster i perioden. Dersom vi ser nærmere på tidstakstene (A2a -20 min, A2b – 30 min, A2c – 40 min, A2e – 60 min , A2f – 90 min), observeres det at det er tidstakstene A2b og A2c som utgjør de store endringene. Tabellen under illustrerer også et lite skifte i økt bruk av tidstakst A2e (60 minutter) og en tilsvarende reduksjon i A2a (20 minutter). Merk at økt tidsbruk med flere A2e takster og færre A2a ikke veier opp for den reduksjonen i A2b og A2c. Tabellen illustrerer dermed en nedgang i gjennomsnittlig behandlingstid fra 2008/2009 til 2011/2012.

Undergruppene med lavt og høyt driftstilskudd ("10-50 %" og "51-100 %") presenteres i de to andre kolonnene. Merk at summen av endringene i undergruppene ikke summerer seg til endringene i "Alle", da undergruppene totalt bare er et utvalg av "Alle".

*Tabell 1, Endringer i konsultasjoner for hver tidstakst mellom 2008/2009 og 2011/2012:*

	Alle	10-50 %	51-100 %
A2a	- 5182	- 688	- 1212
A2b	- 118 381	- 8644	- 16017
A2c	- 83 264	- 4681	- 6235
A2e	+ 4752	- 2861	+ 1619
A2f	- 1133	+ 54	- 116

## 5.7 Oppsummering resultater

Avhengig av om 2008/09 eller 2007/08 benyttes som basisår observeres det henholdsvis en liten generell reduksjon eller en liten generell økning i antall enkeltkonsultasjoner. Begge endringene er signifikante. Dette gjelder for alle fysioterapeuter i datamaterialet. En kombinasjon av enkeltkonsultasjoner og gruppekonsultasjoner viser ingen endring mellom 2008/09 og 2011/12, men mellom 2007/08 og 2011/12 foreligger det en signifikant økning for

alle fysioterapeuter. Tilleggstakstene følger samme kurve som for alle takster med bunnpunkter første og siste året. Gruppetaksten øker fra år til år.

Det foreligger et begrenset datamaterialet for fysioterapeuter med registrert lavt og høyt tilskudd. Hvor mye jeg skal tilegne endringer som oppstår for de to gruppene er derfor usikkert. Det observeres imidlertid en reduksjon i antall enkeltkonsultasjoner for begge grupper på henholdsvis 123 (lavt) og 132 (høyt) dersom 2008/2009 brukes som basisår. Endringene er derimot ikke signifikante. Dersom 2007/08 benyttes, observeres liten eller ingen endring. Analysene av enkeltkonsultasjoner i kombinasjon med gruppekonsultasjoner viser en reduksjon i antall behandlinger for begge gruppene med basisår 2008/09, men heller ikke her foreligger signifikante endringer. Brukes 2007/08 er det en nedgang for de med lavt og økning for de med høyt tilskudd.

Kort oppsummert blir det vanskelig å bruke analysene fra de med lavt og høyt tilskudd videre i diskusjonen. Dette fordi det ikke foreligger signifikante endringer, datamaterialet er begrenset og resultatene ikke er konsekvente. Jeg har heller ikke kunnet trekke ut signifikante forskjeller mellom de med høyt og lavt tilskudd, mulig på grunn av den store spredningen i datamaterialet og de relativt få observasjonene.

## 6 DISKUSJON

Med å svare på problemstillingen og utrede hypotesene mine, mener jeg å kunne si litt mer om hvilken effekt endringen i finansieringsordningen har hatt på fysioterapeuter med driftstilskudd. Det kan også være mulig å antyde hva slags effekt endringen i avlønningsordningen har hatt på pasientene, i og med at en eventuell reduksjon i antall pasientkonsultasjoner fører til økt ventetid hos fysioterapeutene. Jeg har ikke funnet andre publiserte data som har sammenlignet fysioterapeutene før og etter den nye finansieringsordningen tredde i kraft.

Mitt utgangspunkt var å se etter en eventuell økning eller reduksjon i antall pasientkonsultasjoner basert på tall fra år 2007 til 2012, for på den måten å besvare problemstillingen: *"Hvilke endringer (om noen) har omleggingen av avlønningsordningen for fysioterapeuter med driftstilskudd ført til?"*. Hypotese 1 antydte en reduksjon i antall pasientbehandlinger etter omleggingen, og vil redegjøres for i kapittel 6.1.

Av kapittel 2 og 3 utledet jeg også en annen hypotese basert på teorien rundt inntektsvirkning og prisvridningseffekt. Nemlig at det oppstår ulike endringer i praksisomfang, etter hvor stor hjemmel fysioterapeuten har. Dette vil utredes nærmere i kapittel 6.2.

Avhengig om 2007/2008 eller 2008/2009 benyttes som basisår observeres det henholdsvis en liten økning eller en nedgang i praksisomfang for alle fysioterapeuter. Men er det dermed sagt at denne utviklingen er en konsekvens av endret finansiering? Denne problematikken vil jeg komme tilbake til i kapittel 6.3, der jeg blant annet redegjør for endring i takst og tidsbruk. Et interessant fenomen jeg diskuterer her, er om fysioterapeutene har begynt å bruke flere tilleggstakster, for å kompensere for redusert ytelsesbasert inntekt. Jeg vil i kapittel 6.4 komme inn på antydte kostnadsutvikling til HELFO basert på funnene mine, da økningen i utgifter fra staten tilknyttet fysioterapeuter med driftstilskudd var en av årsakene til endringen i finansieringsordningen. Til sist ser jeg på kjønnsforskjeller i takstbruk.

## 6.1 Hypotese 1, reduksjon i omfang

Avhengig av hvilket år som benyttes som basisår observeres det enten en reduksjon eller en økning i enkeltkonsultasjoner. Av datamaterialet jeg har analysert går det frem at det har vært en reduksjon i antall konsultasjoner fra 01.juli 2008 til 01.juli 2012. Dette gjelder for alle registrerte fysioterapeuter i datamaterialet, samt for de som er registrert med lavt og høyt tilskudd. I så måte kan det antydes at et skifte i avlønningsordningen faktisk har ført til redusert pasientbehandling. Det er viktig å legge merke til at for alle fysioterapeuter i mitt register har det vært en gjennomsnittlig nedgang på 65 konsultasjoner fra 01.07.08 til 01.07.2012. For fysioterapeutene med lavt tilskudd har reduksjonen i samme periode vært på 123, mens det for fysioterapeutene med høyt tilskudd var en reduksjon på 132. Dette er tall som gjør det vanskeligere å underbygge reliabiliteten i datamaterialet, da nedgangen for alle registrerte fysioterapeuter med og uten tilskudd i så måte burde ligge rundt 123 og 132. For gruppene med lavt og høyt tilskudd foreligger det heller ingen signifikante verdier. Når det er sagt, observeres det en nedgang i antall pasientkonsultasjoner dersom 2008/2009 brukes som basisår. Benyttes 2007/2008 som basisår registreres en økning i antall enkeltkonsultasjoner på 76 for alle fysioterapeuter, men liten eller ingen endring for gruppene med lavt eller høyt tilskudd.

Det fremstår ikke som helt klart hvilke av årene som bør benyttes som basisår, hypotese 1 som antydte en reduksjon i praksisomfang forblir derfor ubesvart. En utvidet analyse av utviklingen frem til år 2015 ville muligens oppklart en eventuell tiltagende, avtagende eller stabiliserende tendens i praksisomfang.

Hypotese 1, reduksjon i omfang, kan oppfattes som en reduksjon i antall enkeltkonsultasjoner. Fysioterapeuter behandler imidlertid også i grupper. Grafen som inneholder en kombinasjon av enkeltkonsultasjoner og gruppekonsultasjoner forteller derfor hvor mange pasienter som faktisk har fått behandling. Denne grafen viser en interessant utvikling, da det foreligger en økning i antall behandlede pasienter fra 2007/2008, for deretter å stabiliserer seg de neste årene. I stedet for en reduksjon eller en økning i praksisomfang, kan det derfor virke som om det har vært et lite skifte i hvordan praksisen utføres. Mulige forklaringer på hvorfor det er en økning i gruppekonsultasjoner og en tilsvarende reduksjon i enkeltkonsultasjoner vil bli diskutert under 6.3.

Selv om det ut fra mitt datamaterialet foreligger et lite skifte i utførelse av praksis, er det viktig å huske på at flere gruppetakster og færre enkeltkonsultasjoner i sum sannsynligvis har ført til redusert tidsbruk for fysioterapeutene.

## **6.2 Hypotese 2 og 3, endringer i omfang og forskjeller mellom høyt og lavt tilskudd**

Jeg forventet muligens at i gruppen med lavt tilskudd ville inntektsvirkningen gjøre seg mer gjeldende enn prisvridningseffekten. Min hypotese var at fysioterapeutene måtte jobbe mer for å kompensere for lavere takster og en mindre økning i prosent fra selve driftstilskuddet. Hypotesene antydte videre at fysioterapeuter med høyt tilskudd følger teorien rundt substitusjonseffekten, da reduserte takster fører til billigere fritid og mindre jobb. Inntektsvirkningen vil ikke ha så stor innvirkning på denne gruppen, da lønnen samlet sett er tilnærmet lik før og etter omleggingen.

Av datamaterialet tilgjengelig kan jeg dessverre ikke svare på om det foreligger endringer i praksisomfang for de enkelte gruppene med lavt og høyt tilskudd, da datamaterialet er begrenset og det ikke finnes signifikante endringer. Det er heller ingen observerbare forskjeller mellom fysioterapeutene med lavt og høyt tilskudd. Dette kan ha sin forklaring i at spredningen er for stor i begge grupper alle årene.

## **6.3 Mulige forklaringer på observert endring i konsultasjoner og takster**

En annen teori for at det foreligger endringer i antall konsultasjoner, er et skifte i bruk av tidstakster. En observasjon av flere lange konsultasjoner og færre kortere konsultasjoner hadde vært en forklaring på at antall konsultasjoner gikk ned fra 1.juni 2008. Selv om det faktisk brukes mer av A2e-taksten (60 minutter behandling), veier ikke dette opp for reduksjonen i A2b og A2c (se tabell 1), slik at det i gjennomsnitt brukes mindre tid til pasientbehandling i 2011/2012 enn før omleggingen.

Når jeg sammenligner diagrammene for antall konsultasjoner med diagrammene for det totale antall regninger (konsultasjoner og tilleggstakster) sendt inn til HELFO, observeres en



interessant utvikling. Mens konsultasjonene gikk ned umiddelbart etter omleggingen, observeres en litt annen utvikling for de totale regningene. Fra 01.07.08 til 01.07.11 er de totale regninger sendt inn til HELFO på tilnærmet samme nivå for alle registrerte fysioterapeuter og de med lavt og høyt tilskudd, før de reduseres i 2011/2012. Noe av årsaken til at det blir sendt inn like mange regninger, selv om antall konsultasjoner reduseres i dette tidsrommet finner vi muligens i diagrammene som inneholder tilleggstakster og gruppetakster. For mens konsultasjonene reduseres kan det se ut som om tilleggstakstene og gruppetakstene øker eller holder seg stabile. Dette kan være for å kompensere for reduksjon i takstene, men kan også være et uttrykk for endring i praksis. For eksempel kan en økning i antall gruppetakster være en følge av ekstra stort trykk på ventelistene, slik at fysioterapeutene oppretter grupper i stedet for individuelle behandlinger. En annen mulig forklaring på økningen i gruppetakster er en annen tilnærming til behandling av pasienter. For eksempel viser forskning at behandling av pasienter med artrose i vektbærende ledd har bedre utbytte av trening enn benkbehandling (31,32,33). En slik kunnskap om indikasjon og effekt av behandling som her legges til grunn, kan føre til endret praksis i form av treningsgrupper heller enn en til en benkbehandling.

I kurven for totalt antall regninger observeres også en annen interessant utvikling, nemlig en betydelig reduksjon i 2011/2012. Det er ingen store endringer i finansieringsordningen fra 01.07.11 som kan forklare en slik reduksjon, men denne reduksjonen kan muligens forklares med en reduksjon i tilleggstakster. Årsaken til at reduksjonen i tilleggstakster er så markant i 2011/2012 kan være på grunn av endringer i takstsystemet i kombinasjon med hyppigere kontroll og informasjon fra HELFO. Både A10 taksten og A2g taksten er eksempler på tilleggstakster som ble benyttet mindre i 2011/2012. A10 taksten ble for eksempel ikke så enkel å benytte seg av som tidligere, mens A2g taksten har vært gjenstand for en del oppmerksomhet fordi den etter sigende har blitt brukt uten gyldig grunnlag i en del enkelttilfeller (30).

## **6.4 Kostnadsutvikling**

Hva da med kostnadsutviklingen til HELFO i form av en utgiftsøkning gjeldende fysioterapitjenesten? I følge mine tall burde det heller være en liten nedgang i kostnadsutviklingen fra 1.juli 2008, da antall konsultasjoner og totalt antall regninger er gjenstand for en liten reduksjon. Mitt utsagn baserer seg på at tilbudssiden er konstant, og

kriteriet for oppgaven var også at jeg skulle sammenligne de samme fysioterapeutene alle årene. Det er derfor noen fysioterapeuter som ikke er med i studiet, og således kan resultatet endre seg dersom absolutt alle fysioterapeutene hadde vært inkludert. Jeg nevner at tilbudssiden ikke har endret seg nevneverdig, men en viss økning i antall driftsavtaler har det vært. Selv om økningen i tilskudd ikke kompenserer for økningen i antall innbyggere, vil HELFO kunne merke ekstra hjemler i form av større kostnader. En annen mulig årsak til økte utgifter kan være en økning i antall pasienter som får hele fysioterapitjenesten dekket. Dette kan være en plausibel årsak, da det har blitt flere diagnoser som har krav på fri fysikalsk behandling den senere tiden. Fysioterapeuter med driftstilskudd opplever også et økt trykk av opererte pasienter som kommer rett fra sykehus (12), dette er eksempler på pasienter med krav på fri fysikalsk behandling. Denne pasientgruppen opplever det også som vanskeligere å få tilbud om rehabiliteringsopphold enn tidligere, da det ikke lenger er de enkelte rehabiliteringsinstitusjonene som avgjør om pasienten får opphold, men nasjonale organer (eksempelvis Helse Sør Øst).

## 6.5 Kjønnforskjeller

En annen interessant observasjon jeg ser av tallmaterialet mitt er forskjellen mellom mannlige og kvinnelige fysioterapeuter. Selv om det er tilnærmet like mange kvinnelige og mannlige fysioterapeuter med driftstilskudd, har de mannlige signifikant flere konsultasjoner og totalt innsendte regninger. Dette er et interessant fenomen (som ikke nødvendigvis bidrar til svar på min problemstilling). Årsaken til forskjellene mellom menn og kvinner kan jeg ikke umiddelbart svare på, men tidligere studier har vist at forskjeller mellom menn og kvinner ikke er uvanlig (1, s. 85).

## 6.6 Oppsummering

Utgangspunktet for denne masteroppgaven var å analysere eventuelle endringer i praksisomfang før og etter en ny finansieringsmodell for fysioterapeuter treddet i kraft. Ved å samle inn data fra 2007-2012 fikk jeg sammenlignet 1943 fysioterapeuter og 259 fysioterapeuter med *registrert* driftstilskudd for alle årene. Det kan argumenteres for at 259 fysioterapeuter er for liten populasjon til å si noe om prisvridningseffekten og inntekstvirkingen for fysioterapeuter etter den nye finansieringsmodellen. Stor spredning, ingen signifikante endringer samt at resultatene spriker i forskjellige retninger uavhengig av

basisår og tilskuddsprosent for gruppen med registrert driftstilskudd, problematiserer analysen av effektene etter omleggingen av finansieringsordningen.

Av resultatene for alle fysioterapeuter uavhengig om de er registrert med tilskudd eller ikke, observeres det uansett en signifikant endring i antall konsultasjoner etter omleggingen av finansieringsordningen. Fortegnet på endringen avhenger av basisår og nyanseres ved inkludering av gruppetakster. Om endringene er en direkte konsekvens av ny finansieringsmodell eller om det også må legges vekt på andre faktorer, klarer jeg ikke ut fra mitt datamaterialet å svare på. Fra 1.juli 2008 registreres det et lite skifte i praksis, med økt antall gruppekonsultasjoner og en tilsvarende reduksjon i enkeltkonsultasjoner. Antall pasienter som har fått behandling, enten i grupper eller ved enkeltkonsultasjoner, har dermed holdt seg stabilt etter en liten økning mellom 2007/2008 og 2008/2009.

## 7 Helsepolitiske utfordringer

Jeg vil i dette kapittelet diskutere litt ut over problemstillingen min, da det i løpet av arbeidet med masteroppgaven har inntruffet utfordringer jeg vil belyse. Spesielt har det vært vanskelig å gjennomføre en god konsekvensanalyse av endringen i finansieringsordningen, da tallmaterialet har vært mangelfullt. Dette gjelder spesielt tallmaterialet for *registrerte* prosentvise avtalehjemler. Jeg finner det også noe merkelig at en konsekvensanalyse av den finansielle endringen ikke har blitt gjennomført, verken før eller etter tiltaket trådte i kraft. Jeg legger derfor frem et argument for et Nasjonalt elektronisk register for fysioterapeuter med alle nødvendige variabler, slik at det skal bli enklere å faktisk gjennomføre en konsekvensanalyse. Jeg vil videre kort diskutere hvilke parametere som kan legges til grunn, når det velges en finansieringsordning for fysioterapeuter med driftstilskudd

### 7.1 Nasjonalt elektronisk register for fysioterapeuter

Det ble ikke foretatt en konsekvensanalyse i arbeidet med *Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene (6)*. En slik konsekvensanalyse har heller ikke blitt utført i etterkant av omleggingen av avlønningsordningen. Det kan argumenteres for at de totale utgiftene til fysioterapi registreres, og at det er det viktigste å ha oversikt over. På den andre siden er det viktig med et register som kan føre kontroll over faktiske utgifter og hvordan de er fordelt. Kun på den måten kan en god konsekvensanalyse av finansieringsordningen gjennomføres. Per 01.07.12, med et manuelt register over fysioterapeuter med driftstilskudd, blir det svært vanskelig å gjennomføre en slik analyse. I følge Hovedrapporten fra Forprosjektet Nasjonalt Helseregisterprosjekt (10, s.120) er det *ved hjelp av budsjett og finansieringssystemer (Innsatsstyrt finansiering – ISF – og takster) at nasjonale myndigheter har en reell mulighet til å påvirke utviklingen i ønsket retning*. Jeg finner det noe merkelig at en endring i finansiering for fysioterapeuter med driftstilskudd blir gjennomført, uten mulighet til å analysere virkningen på en god måte i etterkant.

## 7.2 Hvilken finansieringsordning bør så velges?:

Dersom målet med endringen av finansieringssystemet var å få fysioterapeutene til å jobbe mer, kan en kanskje sette spørsmålstegn ved endringen. I følge Abel Olsen (1, s. 85) bør arbeidsgiver der det er ønskelig med ekstra innsats utforme et lønnssystem med en kombinasjon av lav grunnlønn, og stadig økende overtidslønn. Det er det motsatte av hva som er tilfellet her. Var derimot målet å få bedre kostnadskontroll over utgifter til fysioterapilønninger, kan en modell med større ramme/fastlønn være gunstig.

Uavhengig av hvilken finansieringsordning en ender opp med, vil det nesten alltid være rom for forbedring. En endring mot mer fastlønn gir tjenesteyteren samme inntekt uavhengig av antall og type behandling, en slik ”rammefinansiering” vil dermed mangle insentiv til å til å øke praksisomfanget. Siden det i liten grad eksisterer minimumskrav til antall behandlede pasienter, vil fysioterapeutens insentiver til å øke produksjonen være liten sett ut i fra et inntektsøkonomisk perspektiv. Det eksisterer som nevnt heller ikke noe nasjonalt kontrollorgan som påser at fysioterapeuten jobber det han har avtale om.

Ulempene ved å basere et lønnssystem på ytelsesbaserte takster, er liten grad av kostnadskontroll samt et insentiv til å prioritere de mest lønnsomme pasientene (14).

Et eksempel her kan være slagpasienter som gruppe. De krever ofte en del ressurser (tidsbruk) fra behandler, og gir liten økonomisk uttelling sammenlignet med andre pasientgrupper. I så måte kan dette gi ekstra insentiver til å velge en pasient med en annen diagnose fra ventelisten.

Hvilken sammensetning av fastlønn og ytelsesbaserte takster som er optimal vil derfor avhenge av hvilket mål en har for fysioterapitjenesten. Et lønnssystemet har for eksempel gjerne til hensikt å motivere fysioterapeuten til å behandle flest mulig, best mulig (1, s. 84). Men det er viktig å være klar over at det ikke nødvendigvis bare er å se på effektiviteten innenfor fysioterapitjenesten. Konsekvensen av selve tjenesten bør også tas i betraktning. I et samfunnsøkonomisk perspektiv kan det for eksempel være slik at en tilsynelatende ineffektiv fysioterapitjeneste med lange og dyre konsultasjoner, i sum kan føre til bedret helse i befolkningen generelt. Noe som igjen kan føre til kostnadsreduksjoner innenfor spesialisthelsetjenesten eller i pleie og omsorgssektoren.

Det eksisterer også andre argumenter som taler for og mot en økning i kommunens finansieringsansvar. En endring av finansieringen kan for eksempel påvirke selve fysioterapitjenesten ulikt i ulike kommuner. Et svekket statlig ansvar for finansieringen av fysioterapi kan blant annet bety at tilbudet og kvaliteten på fysioterapi ikke er uavhengig av bosted, fordi kommunal frihet kan føre til at noen kommuner vil nedprioritere denne tjenesten. På den andre siden kan en økning i kommunens finansieringsansvar føre til at hver enkelt kommune får et større eierforhold til tjenesten. Dette kan igjen føre til at kommunen i større grad kan bruke fysioterapeutene på de ulike arenaene de mener at oppgavene skal løses, ikke bare på hvert enkelt institutt (6).

Som et alternativ til å endre finansieringsordningen for fysioterapeuter for å holde kostnadene nede, kan for eksempel en økning i frikortgrensen bli innført. Et annet alternativ kan være å begrense diagnosene som har krav på full refusjon, eksempelvis artrose i vektbærende ledd.

Det er viktig å understreke at jeg i min masteroppgave ikke er innom kvalitet på tjenesten. Jeg har ingen kvalitetsindikatorer som variabler og tar kun utgangspunkt i omfang. Jeg kan argumentere med at jeg har data på innhold i fysioterapitjenesten, da jeg kan si noe om hva slags tilleggstakster og hvilke tidstakster som brukes. I så måte kunne økt bruk av lengre tidstakster være en indikasjon på kvalitet. Det observeres uansett en såpass liten endring fra kortere tidstakster til lengre tidstakster, at jeg velger å ikke legge vekt på denne endringen. Å bruke tilleggstakster som en kvalitetsindikatorer vil ikke være hensiktsmessig, da bruk av en slike takster ikke nødvendigvis er et kvalitetsstempel.

## 8 Konklusjon

Det er viktig å presisere at jeg har observerbare data fra et lite antall fysioterapeuter som er *registrert* med driftstilskudd, det er en skjevfordelingen i antall fysioterapeuter i gruppene med lavt og høyt, samtidig som spredningen er stor innenfor hver gruppe og hvert år. Det er derfor vanskelig å konkludere med hvilken effekt finansieringsordningen har hatt på fysioterapeuter med henholdsvis lavt og høyt tilskudd. Jeg observerer likevel en signifikant endring i praksisomfang for alle fysioterapeutene i datamaterialet etter endringen av finansieringsordningen. Endringen er avhengig av hvilket basisår som benyttes. Det kan virke som om det fra 1.juli 2008 til 1.juli 2012 er en jevn nedgang av antall enkeltkonsultasjoner, men en tilsvarende økning i gruppebehandlinger. I sum har derfor tilnærmet like mange pasienter fått behandling i dette tidsrommet. Med utgangspunkt i 1.juli 2007 er det en økning i antall pasientbehandlinger, inkludert gruppebehandlinger, før det stabiliserer seg fra 1.juli 2008 til 1.juli 2012. Hva som er årsaken til nevnte endringer er det vanskelig å svare på med et kvantitativt studie. Eventuelle årsakssammenhenger kunne muligens bli besvart med en kombinasjon av et kvantitativt og et kvalitativt studie, men dette ble ansett som for omfattende for denne oppgaven.

En observert endring i omfang kan peke i retning av at finansielle endringer i et avlønningssystem fungerer som en måte å påvirke fysioterapeuters vilje til å jobbe. Det er imidlertid viktig å gjenta at det kan eksistere andre endringer eller faktorer som har funnet sted i tidsrommet mellom 2007 og 2012, som også kan ha hatt betydning for hvordan fysioterapeuter vurderer arbeid og fritid. Selv om det er en viss endring i antall pasientbehandlinger og et lite skifte i praksis, er det derfor usikkert om dette kun kan skyldes endringen i finansieringen.

Det er for øvrig verdt å merke seg at endringer i takstplakaten, i oppgaven eksemplifisert med nedgang i A2g og A10 taksten, også kan ha en virkning i form av kostnadskontroll.

Uavhengig av hvilke finansieringsmetoder som benyttes, bør det være en sammenheng med hvilke overordnede mål som er satt for tjenesten. Er målet kostnadskontroll kan økt tilskudd (eventuelt rammefinansiering eller fastlønn) benyttes. Er målet derimot en reduksjon i ventelister, bør systemet i større grad være basert på en innsatsstyrt finansiering. Dette er i tråd med annen forskning på andre yrkesgrupper innenfor helsesektoren (14, 15, 16, 17). Ut fra analysene som er foretatt i dette prosjektet, kan det likevel ikke konkluderes med en sikker sammenheng mellom finansieringstiltaket og praksisomfang for fysioterapeuter.

Et klart svar på problemstillingen og hypotesene i denne masteroppgaven er avhengig av et større og mer nyansert datamaterialet. En eventuell senere analyse av de samlede effektene av finansieringstiltaket bør derfor stille strengere krav til datamaterialet. En slik analyse bør vurdere å benytte tidsbruk, inntjening per takst og inntekt fra tilskuddet, i tillegg takstbruk, som variabler. Dette ville gitt et bedre bilde av faktisk praksisomfang, og muligheter for å sammenligne omfanget med den reelle inntekten til fysioterapeutene.



## Litteraturliste

1. Jan Abel Olen. Helseøkonomi, effektivitet og rettferdighet. 2.utg. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as; 2006. 158 s.
2. Jan Abel Olsen. Principles in Health Economics and Policy. 2. utg. New York: Oxford University Press; 2010. 221 s.
3. Meredith D. Call, Walter R. Borg, Joyce P. Gall. Educational Research, an introduction. 6.utg. New York: Longman Publishers; 1996. 787 s.
4. Julie Pallant SPSS survival manual. 1.utg. New York: Open University Press; 2007. 335 s.
5. Aalen O.O., Frigessi A., Moger T.A., Scheel I., Skovlund E., Veierød M. B. Statistiske metoder i medisin og helsefag. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008. 335 s.
6. Helse – og omsorgsdepartementet. Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene. Oslo; 2007.
7. Helse – og omsorgsdepartementet. Omlegging av finansieringen av fysioterapitjenesten, Forslag til endringer av honorartakster. Oslo; 2009
8. Finansdepartementet. St.prp.nr.1. Oslo; 2001 og 2007
9. Helse – og omsorgsdepartementet. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. Oslo; 2014. Forskrif nr. 328.
10. Sekreteriatet for nasjonalt helseregisterprosjekt, Folkehelseinstituttet. Gode helseregistre. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020. Oslo; 2009
11. ASA 4314. Rammeavtale mellom KS og Norsk Fysioterapiforbund. Oslo; 2011/2012
12. Krav til drifts-og takstoppgjør av Norsk Fysioterapiforbund. Oslo; 2011.
13. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. The Cochrane Collaboration; nr. 9, 2011.
14. Godager G, Iversen T, Lurås H. Framtidens betalingssystemer i allmennlegetjenesten, i Melberg og Kjekshus (Red) "Fremtidens Helse-Norge", ISBN: 978-82-450-1208-8
15. Newhouse, J. Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection. Journal of Economic Litterature 34. 1996
16. Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mix systems of payment: effects on the behaviour of primarycare physicians (Riewiew). The Cochrane Collaboration; nr.10, 2010.

17. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. 2011. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes (Review). The Cochrane Collaboration; nr 7, 2011.
18. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Inntekts- og kostnadsundersøkelse for fysioterapeuter med avtale om driftstilskudd. Oslo; 2007.
19. Tor Iversen. Om sammenhenger mellom finansiering og prioritering i helsesektoren, i NOU 1997. 18 Prioritering på ny. Vedlegg 3 1997 ss. 142-152
20. Regjeringen.no (internett): Revidert nasjonalbudsjett 2008, St.prp.nr. 68. (Hentet 26.03.2012) Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stprp-nr-68-2008-2009-/id561200/?docId=STP200820090068000DDDEPIS&q=fysioterapi&navchap=1&ch=3>
21. Ssb.no (internett). Kommunehelsetenesta, Tabell 03808: Fysioterapeutårsverk i kommunehelsetenesta, etter virkeområdet og avtaleform. (Hentet 01.02.2015) Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveelections.asp4>
22. Fysio.no (Internett): Norsk Fysioterapi Forbund sin hjemmeside, takstforhandlingene 2008. (Hentet 10.10.2013). Tilgjengelig fra: <http://www.fysio.no/NAERINGSDRIVENDE/Om-takster-og-takstbruk/Takstoppgjoer-2008/Takstforhandlingene-2008-8-1-prosent-oekning>
23. Fysio.no (Internett): Norsk Fysioterapi Forbund sin hjemmeside, om takster og takstbruk. (Hentet 10.10.2013). Tilgjengelig fra: <http://www.fysio.no/NAERINGSDRIVENDE/Om-takster-og-takstbruk>
24. <http://www.tableausoftware.com>
25. Etikk.om (internett). De nasjonale forskningsetiske komiteene. Generelle forskningsetiske retningslinjer. (Hentet 03.03.2015). Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
26. Regjeringen.no (internett). Politisk plattform – Sundvolden – plattformen. Kap. 9 Helse og Omsorg, rehabilitering. (Hentet 27.01.2015). Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/politisk-plattform/id743014/#helse\\_omsorg](https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/politisk-plattform/id743014/#helse_omsorg)
27. Lovdata (internett). FOR-1998-06-18-590 paragraf 1 *forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter*. (Hentet

- 15.02.2013). Tilgjengelig fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-06-18-590#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-06-18-590#KAPITTEL_1)
28. Kunnskapssenteret.com (internett). Reliabilitet. (Hentet 10.04.2015). Tilgjengelig fra: <http://kunnskapssenteret.com/reliabilitet/>
29. Kunnskapssenteret.com (internett). Validitet. (Hentet 10.04.2015). Tilgjengelig fra: <http://kunnskapssenteret.com/validitet/>
30. Fysioterapeuten.no (internett), fagblad for fysioterapeuter. 2011, nr.11. (Hentet 24.04.2015). Tilgjengelig fra: [http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CEkQFjAF&url=http%3A%2F%2Ffysioterapeuten.no%2Fcontent%2Fdownload%2F1066%2F13627%2Fversion%2F1%2Ffile%2F0811.pdf&ei=l6I7VYP\\_A4Pcas6MgbAG&usg=AFQjCNEwi0H\\_LuLhwA9OLzMaLaLYLPNy5g&sig2=ThytuBmsPwUV7OOa0pYXtA&bvm=bv.91665533,d.d2s](http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CEkQFjAF&url=http%3A%2F%2Ffysioterapeuten.no%2Fcontent%2Fdownload%2F1066%2F13627%2Fversion%2F1%2Ffile%2F0811.pdf&ei=l6I7VYP_A4Pcas6MgbAG&usg=AFQjCNEwi0H_LuLhwA9OLzMaLaLYLPNy5g&sig2=ThytuBmsPwUV7OOa0pYXtA&bvm=bv.91665533,d.d2s)
31. Fernandes L, Storheim K, Nordsletten L, Risberg M A. Development of a Therapeutic Exercise Program for Patients With Osteoarthritis of the Hip. PHYS THER. 2010; 90:592-601, 2010.
32. Stensrud S, Roos E M, Risberg M A. A 12 – Week Exercise Therapy Program in Middle – Aged Patients With Degenerative Meniscus Tears: A Case With 1 – Year Follow – up. Journal of Orthopaedic & sports physical Therapy. Volume 42. Nr 11, 2012.
33. Juhl C, Christensen R, Roos E M, Zhang W, Lund H. Impact of Exercise Type and Dose on pain and Disability in Knee Osteoarthritis. Arthritis & Rheumatology. Vol 66. Nr 3, 2014

## Vedlegg

### *Vedlegg 1*

*Oversikt over antall registrerte fysioterapeuter med henholdsvis lavt og høyt driftstilskudd fordelt på år*

#### **10-50 % per år:**

2007-2008: 65 stk.

2008-2009: 64 stk.

2009-2010: 62 stk.

2010-2011: 65 stk.

2011-2012: 63 stk.

#### **51-100 % per år:**

2007-2008: 174 stk.

2008-2009: 172 stk.

2009-2010: 175 stk.

2010-2011: 172 stk.

2011-2012: 174 stk.

## Vedlegg 2

*Oversikt over hvilke fysioterapeuter som ikke er registrert hvert år fordelt på år, der 0 = ikke registrert*

<b>PSEUDOID</b>	<b>KJONN</b>	<b>FØDSELSÅR</b>	<b>2007- 2008</b>	<b>2008- 2009</b>	<b>2009- 2010</b>	<b>2010- 2011</b>	<b>2011- 2012</b>
100013466	K	1942	0	0	0	0	100
100013587	K	1953	100	100	100	100	0
100005983	M	1955	0	0	0	0	100
100010756	M	1965	100	100	100	100	0
100012390	M	1973	40	40	40	0	40
100012296	M	1974	66	66	0	0	0
100005950	K	1975	0	0	100	100	0
100013322	K	1975	100	0	0	0	100
100007120	K	1976	50	0	0	0	0
100008202	K	1976	40	40	0	40	40
100012293	K	1976	40	40	40	40	0
100017393	M	1976	100	0	0	0	0
100017505	K	1976	0	0	0	0	50
100006055	M	1977	0	60	0	0	0
100013799	M	1977	0	100	100	100	100
100001815	K	1978	0	0	100	100	100
100006154	M	1978	100	0	100	100	100
100012046	M	1978	100	0	0	0	0
100013424	K	1978	0	60	60	60	60
100014684	K	1978	40	0	40	40	40
100017668	K	1978	0	0	70	70	0

100007339	K	1979	50	50	0	50	50
100007340	K	1979	75	75	75	0	75
100012587	K	1981	0	0	80	0	0
100001988	K	1983	61	61	0	10	0

### Vedlegg 3

Vedlegget er kopiert fra output i SPSS og viser en Mann – Whitney U test som sammenligner konsultasjonene til alle 1943 fysioterapeuter mellom henholdsvis 2008/09 og 2011/12 samt 2007/2008 og 2011/12. Testene viser signifikante forskjeller i konsultasjoner.

#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of ANTALL_REGNINGER_sum is the same across categories of År.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.031	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of ANTALL_REGNINGER_sum is the same across categories of År.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.032	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

#### Vedlegg 4

Vedlegget er kopiert fra output i SPSS og viser en Mann – Whitney U test som sammenligner all takstbruk til alle 1943 fysioterapeuter mellom 2008/09 og 2011/12. Testen viser signifikante forskjeller i totalt takstbruk.

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of ANTALL_REGNINGER_sum is the same across categories of År.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.028	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.



## Vedlegg 5

Vedlegget er kopiert fra output i SPSS og viser en Mann – Whitney U test som sammenligner konsultasjoner for fysioterapeuter med lavt driftstilskudd mellom 2008/09 og 2011/12 samt 2007/08 og 2011/12. Testene viser ingen signifikante forskjeller i konsultasjoner.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of ANTALL_REGNINGER_sum is the same across categories of År.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.119	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of ANTALL_REGNINGER_sum is the same across categories of År.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.282	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

## Vedlegg 6

Vedlegget er kopiert fra output i SPSS og viser en Mann – Whitney U test som sammenligner konsultasjoner for fysioterapeuter med høyt driftstilskudd mellom henholdsvis 2008/09 og 2011/12 samt 2007/08 og 2011/12. Testene viser ingen signifikante forskjeller i konsultasjoner.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of ANTALL_REGNINGER_sum is the same across categories of År.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.122	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of ANTALL_REGNINGER_sum is the same across categories of År.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.656	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

## Vedlegg 7

Vedlegget er kopiert fra output i SPSS og viser en Mann – Whitney U test som sammenligner konsultasjoner for fysioterapeuter med høyt driftstilskudd og lavt driftstilskudd i 2011/2012.

Testen viser ingen signifikante forskjeller i konsultasjoner dette året, det samme gjelder for de andre årene jeg har data fra.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of ANTALL_REGNINGER_sum is the same across categories of høyt.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.485	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

## Vedlegg 8



---

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK sør-øst	Hege Holde Andersson	22845514	27.08.2012	2012/1304/REK sør-øst B
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>
			07.08.2012	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Matias H. Christensen  
Bjørnholthagan 6

### 2012/1304 B Avlønningsordningen til fysioterapeuter med driftstilskudd

#### Bakgrunn og formål (original):

*Fysioterapeuter med driftstilskudd har en avlønningsorden som er tredelt, med driftstilskudd, takstinntekter og egenandel som inntektskide. Driftstilskuddet kommer fra kommunen og er å anse som fastlønn, mens takster og egenandel er ytelsesbasert. I 2008 kom det et skifte i avlønningsordningen med høyere driftstilskudd og lavere takster. Det har vært en gradvis fasing av ordningen frem mot 01.juli 2012.*

Forespørselen er vurdert på fullmakt av komiteens leder. Ut fra det som kommer frem i skjema anser komiteen at prosjektet ikke er å regne som medisinsk eller helsefaglig forskning slik det forstås med helseforskningsloven. Prosjektet faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2 (sammenholdt med § 4 a), og er ikke fremleggelsespliktig for REK.

Med vennlig hilsen

Stein Opjordsmoen Iler  
professor dr. med  
komitéleder

Hege Holde Andersson  
Komitéssekretær

## Vedlegg 9

*Fysioterapiårsverk med driftstilskudd i kommunehelsetjenesten. Tabellen er tatt fra Statistisk sentralbyrå tabell 03808: Fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten, etter virkemåte og avtaleform.*

	2008	2009	2010	2011	2012
Fysioterapi	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk
Med driftsavtale	2587,5	2602,6	2625,1	2619,3	2633,0



